Rok XLII. Kraków 25 Kwietnia 1903. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Trzy przypadki tężca przyrannego.

Podał

Dr. Jan Frączkiewicz.

Korzystając z łaskawego pozwolenia JWnego Prof. Dra Pareńskiego chciałbym na podstawie trzech przypadków tężca, spostrzeganych w ciągu 1902 r. w oddziele chorób wewnętrznych (I A.) szpitala św. Łazarza, dać pogląd na leczenie tej tak ciężkiej, a na szczęście u nas niezbyt częstej choroby zakaźnej, przyrannej.

Pracę moją uważam jako dalszy ciąg pracy, ogłoszonej w „Przeglądzie lekarskim“ (Nr. 3) przez Dra Tadeusza Zeleńskiego w r. 1902.

U nas tężec jest stosunkowo rzadki, bo na oddziele dość licznym, gdzie leży przeciętnie 2000 chorych rocznie, cierpienie to przydarza się tylko kilka razy, n. p. w r. 1901 trzy przypadki i w r. 1902 trzy przypadki. We Włoszech i we Francyi pojawia się on daleko częściej, dlatego też piśmiennictwo lekarskie tamtejsze daleko jest pod tym względem bogatsze. Przytoczę tu tylko zajmującą pracę Vallasa, umieszczoną w „Semaine medicale“ Nr. 44 z r. 1902, następnie w tymże samym tygodniku uwagi Claudea, Chauffarda, Girarda, Baretta, Reyniera i wielu innych. Wszyscy ci autorowie podają wyniki stosowania surowicy przeciwtężcowej, wstrzykiwanej bądźto podskórnie, bądźteż do żyły; niektóre spostrzeżenia odnoszą się do wstrzykiwania tej surowicy do rdzenia, a nawet do mózgu.

Na podstawie doświadczenia Mariea wiemy, że zatrucie toksynami tężcowemi przenosi się drogą pni nerwowych, ztąd przypuszczalnie surowica wstrzyknięta do ośrodków nerwowych, ma być o wiele skuteczniejszą, niż wstrzyknięta podskórnie, lub nawet do żyły. Spostrzeżenia te są jednak bardzo nieliczne i nie wykazują, jak dotąd, nadzwyczaj dobrych wyników, dlatego tu je zupełnie pominę. We Włoszech w ostatnich latach Baccelli podał nową metodę leczenia tężca zapomocą podskórnych wstrzykiwań 1% wodnego roztworu kwasu karbolowego, które należy stosować systematycznie codziennie aż do stanowczej poprawy, w ilości = 0.72 czystego kwasu karbolowego (72 grm. roztworu 1%) na dobę. Metoda ta zyskuje coraz więcej zwolenników i wedle dotychczasowych sprawozdań daje dobre wyniki. (Montalti, Delor, Pic). Wstrzykiwanie podskórne kwasu karbolowego wraz z używaniem chloralu pod postacią lewatyw uważa Vallas za leczenie objawowe, usuwające tężcowe kurcze mięśniowe, surowica zaś przeciwtężcowa stanowi leczenie przyczynowe, jedynie racyonalne.

Nicolaier, opisawszy prątek tężcowy, podał także i to, że znajduje się on w ziemi i że zakażenie rozwija się w ustroju zwierząt lub ludzi, jeżeli dostanie się do tkanki podskórnej. Ztąd to pochodzi, że rany, które bądźto ziemią, lub błotem są zanieczyszczone, bądźteż z ziemią się stykały, najwięcej są narażone na zakażenie tym niebezpiecznym drobnoustrojem. Wszystkie podane tu przypadki bardzo przemawiają za tem.

Francuscy, wyżej wymienieni autorowie, wszyscy zgodnie zalecają u chorych zranionych, co do których zachodzi podejrzenie, że mogli sobie ranę zanieczyścić ziemią, a względnie drobnoustrojami tężca, wstrzykiwanie zapobiegawcze surowicy przeciwtężcowej, t. j przed wystąpieniem jakichkolwiek objawów. Podobno przy tem zapobiegawczem wstrzykiwaniu surowicy liczba chorych na tężec w szpitalach francuskich znacznie zmalała, byli tylko przeważnie tacy, którzy zgłosili się zapóźno, z wyraźnymi już objawami chorobowymi. U chorych, u których pomimo zapobiegawczych wstrzykiwań surowicy pojawił się później tężec, przebieg jego był łagodny, napady ograniczały się do pewnych grup mięśni, były daleko rzadsze i kończyły się zawsze wyzdrowieniem.

Jeśli rana jest znaczna i zanieczyszczona, lub głęboka i ropiejąca, radzą nawet wedle możności amputować zranioną część ciała, albowiem hodowla, że się tak wyrażę, prątków tężcowych wytwarza ciągle świeże toksyny i wciąż zatruwa niemi ustrój; a wiemy, że pomimo wydoskonalenia metod antyseptyki, nie możemy z bezwzględną pewnością usunąć bakteryj zaszczepionych w tkankach. Prątki przecież tężca, jako bezwzględne anaeroby, rozwijają się nie na powierzchni rany, lecz śród samych tkanek.

Tylko stosowanie surowicy przeciwtężcowej w sposób zapobiegawczy jest według wielu autorów racyonalnem, a wyleczenie jakimkolwiek sposobem uważają oni jako samowyleczenie, które zostawione samo sobie bez leczenia, zapewne również zakończyłoby się wyzdrowieniem (Chambord-Hénon, Kedernath).

I u nas należałoby wprowadzić zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej, a wówczas przypadki tężca zmalałyby do minimalnej liczby. Wedle Vallasa należy przy zapobiegawczem używaniu tej surowicy postępować w następujący sposób: wstrzykiwać po 10 ctm.³ surowicy pierwszego dnia zakażenia, względnie zaraz po zgłoszeniu się pacyenta; następnie trzeciego dnia, wreszcie dziesiątego dnia — również po 10 ctm.³ surowicy; dla większego zaś bezpieczeństwa, a szczególnie wówczas, kiedy rana ropieje i nie goi się, dwudziestego dnia jeszcze po 10 ctm.³, ewentualnie następne wstrzyknięcia powinny być wykonywane w odstępach piętnastodniowych.

Wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej do żyły wykonywano wówczas, gdy zakażenie było groźne, gdzie zależało na tem, aby krążące we krwi toksyny jak najprędzej zobojętnić i uczynić nieszkodliwemi.

Przypadki tu podane są to chorzy, którzy zgłosili się już z typowymi i to bardzo nasilonymi objawami tężca, u których dało się wykazać punkt wyjścia zakażenia, — a w dwóch nadto i okres wylęgania. We wszystkich przypadkach stosowaliśmy surowicę przeciwtężcową z Zakładu Prof. O. Bujwida drogą wstrzykiwań podskórnych w powłoki brzuszne. W ostatnim przypadku stosowaliśmy nadto za przykładem francuskich autorów metodę Baccelliego. t. j. wstrzykiwania podskórne rozczynu wodnego 1% kwasu karbolowego. W przypadkach ogłoszonych przez Dra T. Żeleńskiego wstrzykiwano bardzo małe ilości kwasu karbolowego 0.04—0.06 dziennie; obecnie od początku wstrzykiwaliśmy 0·40—0·60 kwasu karbolowego w 40—60 ctm.³ rozczynu. W przypadku tym poprawa zwolna, ale stale postępowała; objawów zatrucia nie było. Mocz badano co kilka dni. Chora po każdem wstrzyknięciu czuła ulgę. Przez cały czas zachowywano przy tem najściślej przepisy aseptyki. Przeważnie wstrzykiwano w powłoki brzuszne. Miejscowych powikłań, bolesności, zaczerwienienia nie spostrzegano nigdy. Na noc, aby chora spać mogła, podawano w lewatywie chloral po 1.50—2.00 na jeden raz.

Ciekawe szczegóły podaje Reynier co do chloralu, a mianowicie, że u chorych na tężec możemy bez obawy podawać 12.0—20.0 dziennie i że dopiero przy tak wysokich dawkach chorzy odczuwają podmiotowo znaczną ulgę.

Przypadek drugi, zakończony śmiercią, przedstawiał się od początku jako bardzo groźny. Chory w parę godzin po natychmiastowem zastrzyknięciu surowicy zmarł.

Przystępuję do szczegółowego opisania spostrzeganych przypadków.

Przypadek I. *J. S.*, lat 13 liczący, syn górnika z Luszowic, zgłosił się do szpitala dn. 16/VIII 1902 r. Chory podaje, że przed 3 tygodniami skaleczył się w palec u nogi prawej przy naprawianiu drogi. Od tygodnia czuje się słabym. Z objawów charakterystycznych najpierw zauważył szczękościsk, a następnie dopiero napadowe kurcze tężcowe mięśni kończyn dolnych i grzbietu.

Stan obecny przedstawia się jak następuje: Budowa i odżywienie średnie. Ciepłota ciała 37·2° C. Skóra śniada. Na palcu drugim stopy prawej niewielka rana, pokryta żywo czerwoną ziarniną. Szczękościsk bardzo wyraźny; chory może jamę ustną roztworzyć zaledwie na szerokość 2—3 milimetrów. Granice płuc prawidłowe, ruchome; wypuk wszędzie jawny Szmer oddechowy pęcherzykowy. Narząd krążenia zmian nie przedstawia. Tony serca czyste. Tętno 96, regularne. Powłoki brzuszne deskowato twarde, napięte. Wypuk nad jelitami bębenkowy. Wypukowe granice wątroby i śledziony nie powiększone. Z powodu silnego napięcia powłok brzusznych nie dają się obmacaniem wybadać. Moczu chory sam oddać nie może. Mocz, wypuszczony cewnikiem, posiada barwę ciemno-winowo-żółtą; oddziaływa kwaśno; białka nie zawiera; chlorki prawidłowe; osadu prawie żadnego. Narząd ruchu przedstawia następujące zmiany: stężenie mięśni karku i grzbietu, napadowe kurcze tężcowe mięśni kończyn dolnych i stale prawie utrzymujący się wyżej opisany szczękościsk. W czasie napadu kurczów zajęte są także mięśnie twarzy. Chory ma wówczas charakterystyczny, „śmiejąco-bolesny“ wyraz twarzy. Mięśnie kończyn górnych są prawie wolne.

Rozpoznanie: Tężec przyranny (urazowy).

Leczenie: Tego samego dnia wstrzyknięto choremu 40 ctm.³ surowicy przeciwtężcowej z zakładu Prof. O. Bujwida

Dnia 17/VIII: Ciepłota rano 37·7° C., wieczorem 36·9°. Tętno 96, regularne. Stan ogólny ten sam. Zalecono: chloral w lewatywie po 1.0 dwa razy dziennie.

Dn. 18/VIII: Ciepł. r. 37·7° w. 37·1°. Tętno 120, regularne, drobne. Napady kurczów tężcowych bardzo częste, co 15 minut. Stężenie mięśni karku, kończyn dolnych, powłok brzusznych i szczękościsk utrzymują się w tym samym stopniu. Połykanie utrudnione. Wstrzyknięto 25 ctm.³ tej samej surowicy.

Dn. 19/VIII: Ciepł. r. 37·3°, w. 37·2°. Tętno 120, regularne. Napady kurczów nieco rzadziej. Szczękościsk taki sam. Kończyny górne wolne od kurczów i stężenia. Płynne pokarmy lepiej połyka. Z powodu wzmożonego pragnienia zaordynowano kwasek fosforowy.

Dn. 20/VIII: Ciepł. r. 37·3°, w. 36·0°. Tętno 114, regularne. Stolca dotąd (w szpitalu) nie było. Mocz oddaje już sam, prawidłowo. Skarży się na ból w plecach i nogach. Podmiotowo podaje sam chory, że czuje się ogólnie lepiej. Napady kurczów tężcowych mięśni częste (co godzinę) Szczękościsk mniejszy. Jamę ust otwiera na szerokość 5 mm.

Dn. 21/VIII: Ciepł. r. 36·5°, w. 36·4°. Tętno 82, regularne. Chory spał dobrze. Stężenie mięśni nieznaczne. Szczękościsk ustępuje. Stolec był po lewatywie.

Dn. 22/VIII: Ciepł. r. 36·1°, w. 36·7°. Tętno 72, regularne. Szczękościsk znacznie mniejszy. Mięśnie karku, grzbietu, kończyn dolnych wolniejsze. Stężenie utrzymuje się w mięśniach powłok brzusznych. Napady kurczów rzadko (3—4 razy dziennie) i to występujące przy obracaniu lub ruszaniu chorego. Mocz prawidłowy.

Dn. 23/VIII: Ciepł. r. 36·6°, w. 36·9. Tętno 100 regularne. Szczękościsk jeszcze widoczny. Powłoki brzuszne napięte. Przez cały dzień tylko jeden napad kurczów tężcowych, zajętych grup mięśni.

Dn. 24/VIII: Ciepł. r. 36·5°, w. 36°. Tętno 96, regularne. Ogólny stan znacznie lepszy. Chory od wczoraj przyjmuje stałe pokarmy. Napadu nie było. Szczękościsk taki sam, jak dnia poprzedniego. Przestano podawać chloral.

Dn. 25/VIII: Ciepł. r. 36°, w. 36·8°. Tętno 90, regularne. Szczękościsk ustąpił. Nieznaczne stężenie powłok brzusznych.

Dn. 26/VIII: Ciepł. r. 36°, w. 36·8°. Tętno 88, regularne, dobrze napięte. Podmiotowo stan chorego dobry. Napadów nie ma. Chory sam może usiąść i wstać. Stolec i mocz oddaje prawidłowo.

Dn. 27/VIII. Ciepł. r. 36·5°, w. 36·8°. Tętno 80, regularne. Chory czuje się dobrze. Łaknienie dobre. Ruchy głową i tułowiem prawidłowe. Chód prawidłowy.

Dn. 28/VIII: Chory opuścił szpital jako wyleczony.

Przypadek II. *W. K.*, lat 25 liczący, wyrobnik z Okocima, zgłosił się do szpitala dnia 28/VIII 1902. Chory podaje, że przed 8 dniami skaleczyła go matka przypadkowo gwoździem w palec środkowy ręki prawej. Dnia poprzedniego przed przyjściem do szpitala zauważył utrudnienie w połykaniu i prężenie ciała.

Stan obecny: Budowa średnia. Odżywienie dobre. Ciepłota ciała wynosi 38° Cel. Skóra rumiana. Twarz spocona. Z powodu szczękościsku widać zaledwie koniec języka wilgotnego i nieco obłożonego. Chory może otworzyć jamę ust na szerokość 5 mm. Granice płuc prawidłowe, ruchome. Odgłos wypukowy jawny. Szmer oddechowy pęcherzykowy. W dolnych częściach płuc słychać nieliczne świsty i furczenia. Tony serca czyste. Liczba tętna 96, regularne. Granice wątroby i śledziony niepowiększone; wymacanie ich z powodu napięcia powłok brzusznych niemożebne. Moczu chory sam oddawać nie może. Stale utrzymuje się stężenie mięśni karku, grzbietu, mięśni brzucha i szczękościsk mierne stężenie mięśni kończyn dolnych i kończyn górnych. Ruchy czynne kończynami znacznie upośledzone, przy biernych wyraźna oporność. Palec środkowy ręki prawej obrzękły, od strony dłoni na tym palcu niewielka, strupkiem pokryta ranka. Napadowe kurcze wszystkich prawie mięśni bardzo częste, prawie co 10 minut i po nieznacznej podniecie zewnętrznej.

Podmiotowo chory skarży się na ból głowy i krzyżów.

Rozpoznanie: Tężec przyranny (urazowy).

Leczenie: Wstrzyknięto natychmiast 40 ctm.³ surowicy przeciwtężcowej z zakładu Prof. O. Bujwida podskórnie w powłoki brzuszne. Dla chwilowego złagodzenia częstych i bardzo chorego męczących napadów kurczów tężcowych podano w lewatywie 1.50 chloralu i wstrzyknięto podskórnie 0.01 morfiny.

Niespełna w 10 godzin później chory zmarł wśród objawów zapadu i niedomogi mięśnia sercowego. Sekcya zwłok wykonana w zakładzie anatomiczno-patologicznym Prof. Dra Browicza nie wykazała żadnych ważniejszych zmian patologicznych, oprócz miernego przekrwienia narządów wewnętrznych.

Tu nasuwają się pewne krytyczne uwagi. Chory ten przedstawiał zakażenie bądź co bądź ciężkie; na podstawie

przytoczonej pracy Vallasa, chory ten należał do rzędu tych, którymby on wstrzykiwał surowicę przeciwtężcową do żyły. Nie przypuszczam, aby to chorego w tym stanie mogło uratować, lecz ażeby usunąć źródło zakażenia, możnaby było spróbować odjąć choremu palec zraniony. Chory ten jednak był w szpitalu przed ogłoszeniem przez Vallasa wyników leczenia „radykalniejszego", nie mieliśmy więc prawa robić przykrych doświadczeń.

Przypadek III. *A. S.*, lat 35 licząca, żona rolnika z Boraszowy, zgłosiła się do szpitala d. 3/XI 1902. Chora podaje, że od pięciu dni ma uczucie ciągnienia w nogach i krzyżach, które następnie przeszło w kurcz mięśniowy w nogach, krzyżach, plecach, w szczęce dolnej, występujący napadowo.

Stan obecny: Budowa dobra. Odżywienie dobre. Ciepłota ciała 37·8°. Skóra wilgotna, twarz rumiana. Na grzbiecie stopy lewej po stronie wewnętrznej mała ranka, pokryta strupkiem, w około niej zaczerwienienie lekkie; miejsce to przy ucisku dosyć bolesne. Chora podać nie umie, czem i kiedy się zraniła. Jamy ustnej z powodu znacznego szczękościsku zbadać nie można. Chora może ją otworzyć zaledwie na szerokość 4 - 5 mm. Widzialny koniec języka wilgotny i obłożony. Chora z trudnością połyka nawet pły. ne pokarmy. Narząd oddechowy oprócz miernego stopnia rozedmy płuc żadnych innych zmian nie okazuje. Narząd krążenia również prawidłowy. Tony serca czyste. Tętno 96, regularne. Łaknienie upośledzone. Stolca od trzech dni nie było. Mięśnie powłok brzusznych deskowato napięte, co znacznie utrudnia badanie narządów jamy brzusznej. O ile stwierdzić można wypukiem, wątroba i śledziona umieszczone prawidłowo i prawidłowych rozmiarów. Moczu chora sama oddać nie może. Pęcherz wypełniony moczem, sięga do ²/₃ odległości między pępkiem a spojeniem łonowem. Wśród badani chora dostaje napadu kurczu tężcowego wszystkich prawie mięśni, przyczem mięśnie twarzy wybitny biorą udział. Po ustąpieniu napadu pozostaje sztywność karku i całego kręgosłupa z charakterystycznem wygięciem w części lędźwiowej ku przodowi *(lordosis)* tak, że rękę można swobodnie popod chorą przeprowadzić. Podobna sztywność w kończynach dolnych, przyczem chora wyraźnie żali się na większą sztywność w kończynie zranionej, t. j. lewej i że, jeżeli ma nadejść napad kurczu, to najpierw go czuje w tejże kończynie. Mniejsza sztywność w kończynach górnych, chora jednak nie może sobie sama zanieść pokarmu do ust. Mocz, który musiano wypuścić cewnikiem, wysycony, lecz skład jego chemiczny prawidłowy.

Rozpoznanie: Tężec przyranny (urazowy).

Leczenie: Wstrzyknięto natychmiast 20 ctm.³ surowicy przeciwtężcowej z zakładu Prof. O. Bujwida, następnie wstrzyknięto 20.0 1% rozczynu wodnego kwasu karbolowego i 0.01 morfiny podskórnie, a na noc zaordynowano 1,50 chloralu w lewatywie.

Dnia 4/XI: Ciepłota ciała rano 37·8°, wieczorem 37·3° C. Tętno 100, regularne. Stan prawie niezmieniony. Wstrzyknięto 10 ctm.³ surowicy podskórnie. Zaordynowano lewatywę wypróżniającą. Mocz odprowadzono cewnikiem. Napady kurczów tężcowych prawie co 15 minut. Rozczyn 1% kwasu karbolowego wstrzyknięto dwa razy po 20 grm. Na noc chloral 1,50.

Dn. 5/XI: Ciepł. r. 36·5°, w. 38°. Tętno 88, regularne. Napady mniej częste, co godzinę. Stolec był obfity. Odtąd wstrzykiwano codziennie po 50—60 grm. rozczynu wodnego 1% kwasu karbolowego podskórnie; na noc zawsze chloral po 1.50 - 2.0 w lewatywie.

Dn. 6/XI: Ciepł. r. 38·1°, w. 38°. Tętno 90, regularne. Terapia ta sama. Napady co 1¹/₂ godziny. Chora nieco swobodniejsza. Płyny połyka zupełnie dobrze.

Dn. 7/XI: Ciepł. r. 37·7°, w. 37·1°. Tętno 96, regularne. Napadów kurczu przez całą dobę było tylko 3. Sztywność karku, grzbietu, kończyn utrzymuje się. Mocz wypuszczono cewnikiem, prawidłowy. Stolec zaparty. Zaordynowano olej rącznikowy i lewatywę.

Dn. 8/XI: Ciepł. r. 37·1°, w. 37°. Tętno 92, regularne. Napady kurczów tylko przy poruszeniu chorej. W nocy spała dość dobrze. Stolec był kilka razy.

Dn. 9/XI: Ciepł. r. 38°, w. 37·6°. Tętno 108, regularne. Chora otwiera jamę ustną na szerokość 1 ctm., podczas napadu jednak zaledwie na ¹/₂ ctm. — Napady kurczów dziś więcej występują po stronie lewej i w plecach. Kończyny górne prawie wolne. Poty dość obfite.

Dn. 10/XI: Ciepł. r. 37·5°, w. 37°. Tętno 100, regularne. Podmiotowo chora czuje się lepiej. Mocz odprowadza się cewnikiem. Mocz o składzie chemicznym prawidłowym. Terapia ta sama.

Dn. 11/XI: Ciepł. r. 37·5°, w. 36·5. Tętno 96, regularne. Napady kurczów bardzo rzadkie, 2 razy dziennie. W nocy spi dobrze. Łaknienie lepsze. Stolec naturalny.

Dn. 12/XI: Ciepł. r. 37·2°, w. 36·5°. Tętno 84, regularne. Napadu kurczu tężcowego nie było, tylko dziś, przy odprowadzaniu moczu, wystąpił, lecz na bardzo krótko. Chora może nieco poruszać głową. Poci się mniej.

Dn. 13/XI: Ciepł. r. 37°, w. 36·5°. Tętno 78, regularne. Ogólny stan lepszy. Chora żali się na ból w nogach, a przedewszystkiem w nodze lewej. Chloral usunięto. Pozostawiono tylko wstrzykiwania podskórne rozczynu wodnego 1% kwasu karbolowego, w ilości 50 ctm.³ dziennie.

Dn. 14/XI: Ciepł. r. 36·5°, w. 36°. Tętno 84, regularne. Stan znacznie lepszy. Napady kurczów bardzo rzadkie. Usta może otwierać lepiej. Połykanie dobre. Oddechanie swobodniejsze. Poty mniejsze. Odczynu miejscowego, ani bolesności po wstrzykiwaniach, nie ma. Chorej podano stałe pokarmy.

Dn. 15/XI: Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno 78, regularne, dobrze napięte. Chora swobodna, może się obrócić. Mocz prawidłowy.

Dn. 16/XI: Stan coraz lepszy.

Dn. 17/XI: Napadu ogólnego kurczu tężcowego nie ma, czasem tylko chwilowe kurcze kończyn dolnych i to częściej kończyny lewej.

Dn. 18/XI: Szczękościsk ustąpił zupełnie. Wstać jeszcze chora sama nie może, wskutek uczucia sztywności w kręgosłupie. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno 78, regularne.

Dn. 20/XI: Chora może już sama usiąść. Napadów nie ma. Mierna sztywność i stężenie w grzbiecie i kończynach dolnych utrzymują się. Mocz po raz pierwszy chora oddała sama, dotąd bowiem odprowadzano cewnikiem dwa razy dziennie. Skład chemiczny moczu prawidłowy.

Dn. 23/XI: Chora zaczyna sama chodzić, przyczem jednak czasem w kończynach dolnych pojawia się chwilowy kurcz tężcowy i to częściej w lewej kończynie.

Dn. 26/XI: Chora swobodna. Łaknienie dobre. Stolec regularny.

Dn. 28/XI: Bardzo rzadko pojawiające się mierne tężenie kończyn dolnych. Chora chodzi dość dobrze.

Dn. 30/XI: Mocz prawidłowy. Przestano wstrzykiwać kwas karbolowy.

Dn. 2/XII: Podmiotowo stan ogólny dobry. Chora jednak dopomina się wstrzykiwań, bojąc się nawrotu choroby. Podano bromek sodowy 10:200, rano i wieczorem po łyżce.

Dn. 4/XII: Chora swobodna, łaknienie dobre, stolec regularny. Zaordynowano ciepłą kąpiel.

Dn. 8/XII: Stan zupełnie dobry.

Dn. 10/XII: Chora opuszcza szpital jako wyleczona.

Widzimy więc, że wszystkie 3 przypadki były bardzo ciężkie, a wynik w dwóch bardzo pomyślny. Przypadek drugi, zakończony śmiercią, nie powinien nawet wchodzić w rachubę, uważaliśmy go bowiem od początku za stracony, zakażenie musiało być bardzo silne, a chory zgłosił się zapóźno.

W przypadku trzecim zaznaczyć wypada, że poprawa rozpoczęła się wprawdzie po, — a najprawdopodobniej i wskutek zastrzykiwań surowicy przeciwtężcowej; z drugiej zaś strony nie można odmówić w tym przypadku korzystnego działania wstrzykiwaniom 1% kwasu karbolowego. Chora po każdorazowem zastrzyknięciu czuła ulgę, a poprawa zwolna, lecz stale, postępowała. Jak już wspomniałem, postępowaliśmy tu za przykładem francuskich autorów, którzy metodę Baccelliego uważają jako leczenie objawowe i stosują wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej i rozczynu wodnego 1% kwasu karbolowego równocześnie.

Przypadki te kiedyś dopiero będą zużyte do statystyki, ale zestawiwszy przypadki ogłoszone przez Dra Żeleńskiego i te obecne, możemy mieć nadzieję, że odsetek wyzdrowienia u nas będzie nawet większy, niż to podają autorowie francuscy w swoich spostrzeżeniach.

Porównajmy te przypadki z wynikami leczenia tylko objawowego lat dawniejszych, kiedy surowicy jeszcze nie używano, a przekonamy się o skuteczności leczenia tężca surowicą przeciwtężcową. Autorowie francuscy podają odsetek śmiertelności w okresie przedsurowiczym do 70%.

Nie potrzebuję powtarzać zachęcenia do stosowania surowicy przeciwtężcowej zapobiegawczo. Kto się nieco interesuje nowszemi zdobyczami wiedzy i nauki, ten wie, jak potężny wpływ wywarła już dotąd seroterapia i ile dobrodziejstw oddała cierpiącej ludzkości. że najgenialniejsze umysły ciągle pracują w tym kierunku, postępując wytrwale naprzód tak, że nawet sceptycy chirurgowie wyrażają przypuszczenie, że w przyszłości seroterapia może bardzo ich dotychczasowy teren działania zacieśnić.

Tu przypomina mi się aforyzm, wypowiedziany w wykładzie inauguracyjnym Prof. Kadera: „Lekarzem przyszłości jest internista“; może za kilkanaście lub kilkadziesiąt lat słowa jego się sprawdzą.

Niech mi będzie wolno wreszcie złożyć serdeczne podziękowanie Prof. Drowi St. Pareńskiemu za cenne rady i wskazówki w czasie obserwacyi i leczenia wyżej przytoczonych chorych i za łaskawe pozwolenie ich ogłoszenia.

* * *

II. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor Prof. Dr. L. Wachholz).

O otruciu aniliną.

Przez

Dra Adama Wrzoska, Dra Stefana Horoszkiewicza i Bolesława Rzegocińskiego.

(Dokończenie).

Z powyższych doświadczeń wynika, iż anilina obok szkodliwego działania na układ nerwowy wywołuje również zmiany we krwi. We wszystkich doświadczeniach, nawet w tych, w których methemoglobina nie występowała we krwi, ani liczba krwinek nie była zmniejszona, nawet w tych doświadczeniach stale spostrzegaliśmy zmianę w barwie krwi, która zawsze była ciemniejsza, niż bywa w stanie prawidłowym. Chcąc dokładniej zbadać wpływ aniliny na krew, a właściwie na czerwone krwinki, centryfugowaliśmy odwłóknioną krew. Do otrzymanych w ten sposób krwinek dolewaliśmy rozczynu soli kuchennej 0.85% w ilości dość znacznej, przewyższającej zwykle dwudziestokrotnie ilość krwinek. Robiliśmy to w tym celu, aby mieć płyn z krwinkami, w którym łatwo byłoby pod drobnowidem zliczyć ich liczbę. Do takiego płynu dolewaliśmy anilinę w rozmaitych ilościach. Do dziewięciu probówek wlewaliśmy po 2 ctm.³ rozczynu soli kuchennej 0·85 z krwinkami czerwonemi królika, w których było w 1 mm.³ płynu około 900.000. Do pierwszej probówki, która służyła dla kontroli, nie dodaliśmy aniliny, do następnych zaś rozmaite ilości, a mianowicie do

II. probówki — 0·01 ctm.³ aniliny
III. probówki — 0·05 ctm.³ aniliny
IV. probówki — 0·1 ctm.³ aniliny
V. probówki — 0·2 ctm.³ aniliny
VI. probówki — 0·3 ctm.³ aniliny
VII. probówki — 0·4 ctm.³ aniliny
VIII. probówki — 0·5 ctm.³ aniliny
IX. probówki — 1·0 ctm.³ aniliny.

W probówkach od IV. do IX. włącznie po dodaniu aniliny i zakłóceniu, płyn stawał się natychmiast nieprzeźroczysty, barwy czekoladowej. Trzy pierwsze probówki, w których barwa płynu nie zmieniła się po dodaniu aniliny, pozostawiliśmy w ciepłocie pokojowej. Po pewnym czasie krwinki osiadły na dnie probówki, a płyn, znajdujący się nad niemi, był zupełnie przeźroczysty, z tą tylko różnicą, iż w pierwszej probówce (służącej do kontroli) był bezbarwny, gdy w drugiej i trzeciej na czerwono zabarwiony (hemoliza). Gdyśmy po czterech godzinach po dokładnem skłóceniu płynu w probówkach zliczyli liczbę czerwonych krwinek, okazało się, iż

w I. próbówce było ich w 1 mm.³ 940.000,
„ II „ „ „ „ 480.000,
„ III. „ „ „ „ 20.000.

Po 20-tu godzinach zliczyliśmy powtórnie liczbę krwinek czerwonych. Było ich w I. probówce 600.000, w 1 mm.³, w II. probówce 100.000, w 1 mm.³, a w III. probówce 0 w 1 mm.³. Spostrzeżenia te dowodzą, iż anilina *in vitro* niewątpliwie posiada własności hemolityczne względem czerwonych krwinek królika. Jeszcze dobitniej ta własność aniliny występuje, gdy się trzyma rozczyn soli kuchennej nie w ciepłocie pokojowej, lecz w termostacie.

Do dwóch probówek wlaliśmy po 1½ ctm.³ rozczynu soli kuchennej 0·85% z czerwonemi krwinkami królika

W pierwszej probówce było krwinek czerwonych 540.000, w drugiej 435.000. Do pierwszej probówki dodaliśmy kroplę aniliny, a do drugiej, służącej do kontroli, nie dodawaliśmy aniliny. Następnie obie probówki umieściliśmy w termostacie nastawionym na 37° i co pół godziny po dokładnem skłóceniu płynu obliczaliśmy liczbę krwinek w 1 mm.³.

Liczba krwinek pierwot w I. probów. 540.000, w II. — 435.000,
po upływie pół godziny w I. „ 290.000, w II. — 435.000,
po upływie godziny w I. „ 145.000, w II. — 400.000,
po upływie 1½ godziny w I. „ 60.000, w II. — 350.000,
po upływie 2 godzin w I. „ 20.000, w II. — 350.000.

Czerwone krwinki kury są odporniejsze na hemolityczne własności aniliny, jak to wskazuje następujące doświadczenie. Do probówki z rozczynem soli kuchennej i czerwonemi krwinkami kury dodaliśmy 0,01 ctm.³ aniliny. Probówkę trzymaliśmy w 37°. Przed dodaniem aniliny liczba krwinek w 1 mm.³ wynosiła 390.000, w godzinę po dodaniu aniliny 315.000, w dwie godziny 305.000 (dodaliśmy po dwóch godzinach znów 0·02 ctm.³ aniliny), w trzy godziny liczba krwinek wynosiła w 1 mm.³ 210.000. Po trzech godzinach probówkę z termostatu wyjęliśmy i pozostawili w ciepłocie pokojowej, aby po 24-ech godzinach znów obliczyć krwinki. Liczba krwinek wynosiła wtedy 65.000 Probówkę, służącą do kontroli, trzymaliśmy również trzy godziny w termostacie i 24 godzin w ciepłocie pokojowej. Liczba krwinek po 44-ech godzinach była taka sama, jak pierwotna.

Badaliśmy także hemolityczne własności aniliny pod mikroskopem. W tym celu umieszczaliśmy w wyżłobionem szkiełku przedmiotowem na dnie wyżłobienia kroplę aniliny, na szkiełku zaś nakrywkowem mięszaliśmy kropelkę krwi z kroplą fizyologicznego rozczynu soli kuchennej i umieszczaliśmy ją nad wyżłobieniem w szkiełku przedmiotowem. Dodawaliśmy kroplę fizyologicznego rozczynu soli do kropli

krwi, aby łatwiej odróżniać kształty oddzielnych krwinek, co w nierozcieńczonej krwi nie jest rzeczą łatwą, a czasem wprost niemożliwą. Aby uchronić kroplę krwi od wysychania, smarowaliśmy brzegi wyżłobienia waseliną i w ten sposób szkiełko nakrywkowe niejako przyklejaliśmy do przedmiotowego. Badając w ten sposób krwinki czerwone ludzkie zauważyliśmy, iż już po upływie kilku minut zaczęły się one odbarwiać, a po kilkunastu minutach pozostawały już tylko bezbarwne zarysy krwinek, które nieraz z trudem można było odróżnić. Raz nietylko się odbarwiły krwinki, ale zarazem tak pokurczyły, iż średnica zamiast 7 μ wynosiła tylko 1 do 2 μ. Daleko ciekawsze zjawiska spostrzegać można było, badając w sposób wyżej przytoczony krwinki czerwone kurze i żabie. Po kilku minutach zaczęła się rozpuszczać plazma krwinek, a po kilkunastu minutach nie można jej było wcale zauważyć. Natomiast po rozpuszczeniu plazmy tem wyraźniej występowały jądra, które z kolei uległy temu samemu losowi, co i plazma. Po kilku godzinach nie było już śladu ani krwinek, ani jąder, a tylko można było spostrzedz bezkształtne skupienia szczątków, powstałych z rozpadu krwinek.

Obraz ten stopniowego rozpuszczania plazmy, a później jąder, można było z całą dokładnością obserwować pod drobnowidem od pierwszego okresu aż do ostatniego. Tych zjawisk hemolitycznych, spostrzeganych *in vitro* i pod drobnowidem, nie można oczywiście utożsamiać ze zjawiskami, jakie zachodzą we krwi zwierzęcia za życia pod wpływem aniliny, już choćby z tego względu, iż w ustroju stosunkowo często po zatruciu aniliną powstaje we krwi methemoglobina, podczas gdy *in vitro* nie zauważyliśmy tego nigdy. Następnie stosunkowa ilość aniliny do krwinek w probówce i w wyżłobionem szkiełku przedmiotowem była bez porównania większa, jaka bywa w ustroju zwierzęcia przy śmiertelnych nawet dawkach aniliny. Objawy spostrzegane przez nas przy zatruciu zwierząt aniliną wskazywały na szkodliwe jej działanie na ośrodkowy układ nerwowy, tak mózg, jak i rdzeń. Niedowład, porażenie zupełne kończyn, drgawki, tężec, szczękościsk — należy zaliczyć do objawów nerwowych. Również obfity ślinotok wytłómaczyć można zadrażnieniem gałązek nerwu twarzowego i językowo-gardłowego, wywołanem aniliną w ośrodkach mózgowych tych nerwów. Tłómaczyć zaś ślinotok, jak to czyni Korsunski, odruchem na podrażnienie aniliną błony śluzowej żołądka, nie sposób, gdyż występuje on nietylko u zwierząt, którym wprowadzono do żołądka anilinę, lecz również i u tych, które zatruwano parami aniliny, lub którym wstrzykiwano anilinę do brzucha. Nie wytrzymuje także krytyki pogląd Engelhardta, który zaburzenia w sferze ruchowej przypisuje zawrotom głowy, wywołanym zmianami we krwi, albowiem porażenie kończyn i kurcze drgawkowe występują już wtedy, gdy we krwi żadnych jeszcze głębszych zmian niema, jak np. w naszych doświadczeniach XII. i XVII. Nawet obniżenie ciepłoty kładzie Engelhardt na karb zmian we krwi. Przeciwko takiemu tłómaczeniu przemawia znów nasze doświadczenie XVII, w którem spostrzegaliśmy znaczne bardzo obniżenie ciepłoty, bo o 6° blisko, gdy widocznych zmian we krwi prócz ciemniejszego jej zabarwienia nie znaleźliśmy. Do jakiego stopnia pod wpływem aniliny może opaść ciepłota, świadczy doświadczenie XXXIII, w którem w ciągu dwóch godzin obniżyła się ciepłota u królika przeszło o dziesięć stopni C. Obniżenie ciepłoty, które następuje nieraz bardzo szybko i stale po otruciu aniliną, tłómaczyć należy raczej działaniem aniliny na układ nerwowy, niż zmianami we krwi. W ten sposób wszystkie zagrażające życiu objawy otrucia aniliną dadzą się wytłómaczyć wpływem aniliny na ośrodkowy układ nerwowy. Nie można jednak uważać aniliny za truciznę li tylko nerwową, owszem należy ją uważać również za truciznę krwi, z tem tylko zastrzeżeniem, iż zmiany, jakie wywołuje we krwi, same przez się nie są jeszcze zagrażające życiu. Mówimy tu oczywiście o ostrem zatruciu aniliną, gdyż przy przewlekłem może się z czasem rozwinąć niedokrewność do tego stopnia, iż staje się groźną dla życia. Dowodem tego, iż anilina jest trucizną krwi, są zmiany w czerwonych krwinkach, a przedewszystkiem ich rozpad, dalej methemoglobina we krwi i moczu, hemoglobinurya, żółtaczka i wreszcie sinica. Charakterystyczne zabarwienie warg, nosa, uszu, języka, paznogci i błony śluzowej ust, jakie następuje przy otruciu aniliną, tłómaczyć należy niczem innem, jak zmianami we krwi. Sinica stanowi stały objaw zatrucia aniliną zarówno u ludzi, jak i zwierząt. Zgodnie z tem znajdowaliśmy zawsze zmianę barwy krwi na ciemniejszą, nawet w tych razach, gdy we krwi zwierzęcia nie było ani zmian w krwinkach, ani methemoglobiny. W tem ciemniejszem zabarwieniu krwi należy szukać przyczyny sinicy. Nie można tłómaczyć jej ani skurczem naczyń, jak to czyni Breton, gdyż nikt tego nie dowiódł, aby się pod wpływem aniliny naczynia kurczyły; nie można tłómaczyć jej również zamianą aniliny w ustroju na związki barwiące, jak to czyni Turnbull i Dehio, gdyż ziarenka barwików anilinowych po otruciu aniliną znajdowano li tylko pod skórą w miejscach, gdzie anilina została wstrzyknięta i to w bardzo nieznacznych ilościach; w innych miejscach tylko wyjątkowo. Sinicę natomiast spostrzegamy stale i to nietylko przy podskórnem wstrzykiwaniu aniliny, ale również i przy otruciu innemi drogami i nie w miejscu wstrzyknięcia, lecz w tych okolicach ciała, w których spotyka się zwykle i przy otruciu innemi truciznami krwi, jak tlenkiem węgla, chloranem potasowym itd.

Dotąd uważano powszechnie, iż zatrucie aniliną można wywołać tylko przez spożycie aniliny, oddechanie parą anilinową i przez podskórne lub śródotrzewnowe wprowadzenie jej do ustroju. Jednak doświadczenia nasze XXVII i XXVIII świadczą, iż i przez skórę można wywołać objawy zatrucia aniliną. Myszy bowiem, którym posmarowaliśmy aniliną grzbiet, biegały w pokoju, gdzie było świeże powietrze i niem oddechały, a jednak wystąpiły u nich objawy zatrucia po pewnym czasie. Nie da się zaprzeczyć, iż gdy anilina parowała, część jej dostawała się i do płuc zwierząt, w każdym razie była to część nieznaczna. Objawy natomiast zatrucia wystąpiły bardzo szybko. Zresztą już w r. 1873 zauważył Lailler, iż u ludzi może nastąpić zatrucie przez skórę. Przypadki otrucia, opisane przez Dunina i przez nas, także poniekąd przemawiają za tem. Co się tyczy bezpośredniej przyczyny śmierci po zatruciu aniliną, to jak świadczą dwa śmiertelne przypadki, spostrzegane na ludziach, oraz doświadczenia wykonane na zwierzętach, jest nią przedewszystkiem szkodliwy wpływ aniliny na układ nerwowy. Ostrych, śmiertelnych zatruć aniliną nie można żadną miarą wytłómaczyć zmianami we krwi, gdyż zmiany te są tego rodzaju, iż spowodowaćby nie mogły natychmiastowej lub rychłej śmierci.

jak to zresztą widać z doświadczeń naszych: I, II, III i innych. Zresztą przy dużych dawkach aniliny występują niezwłocznie objawy ze strony układu nerwowego, kończące się rychło śmiercią, jak np. w doświadczeniach XXII i XXIII, t. j. wtedy, gdy sądząc już *a priori*, nie mogło być jeszcze we krwi zmian znacznych. Zresztą doświadczenia nasze przemawiają poniekąd za tem, iż otrucie aniliną rychlej wywołuje u psów i kotów zmiany we krwi (rozpad krwinek, methemoglobina), niż u myszy białych i żab, u których po otruciu aniliną pojawiają się przedewszystkiem objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (drgawki, porażenia, szczękościsk i t. p.).

Streszczając to wszystko, co zostało stwierdzone przez różnych badaczów i to cośmy sami spostrzedz mogli, przychodzimy do wniosku, iż:

1. Anilina jest trucizną zarówno ośrodkowego układu nerwowego, jak i krwi;

2. iż otrucie aniliną może nastąpić tak przez płuca i żołądek, jak i przez nieuszkodzoną skórę;

3. iż anilina z ustroju zostaje z moczem wydzielaną tak w postaci czystej, jak i postaci paramidofenolu;

4. iż wszystkie objawy, jakie towarzyszą otruciu aniliną, prócz rozpadu krwinek czerwonych, methemoglobiny we krwi, sinicy, żółtaczki, hemo- i methemoglobinuryi, należy tłómaczyć przedewszystkiem zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym;

5. iż zmiany anatomopatologiczne, jakie występują po otruciu aniliną wogóle, są bardzo mało charakteryczne;

6. iż śmierć po ostrem otruciu aniliną następuje, przynajmniej u zwierząt, wskutek porażenia ośrodkowego układu nerwowego.

Piśmiennictwo*). Knaggs: Case of poisoning by aniline. Medical Times 1862. — Mackenzie and Fraser: Poisoning by aniline etc. Medical Times 1862. — Laillier: L'union médicale 1875. — Dunin: Przypadek zatrucia aniliną. Medycyna 1877. — Grandhomme: Die Theerfabriken der Actiengesellschaft von Meister Lucius u. Brüning zu Höchst 1882. — Müller: Ueber Anilinvergiftung. Deut. med. Woch. 1887. — Dehio: Ein Fall von Anilinvergiftung. Berl. klin. Wochenschr. 1888. — Starck: Ein seltener Fall von Anilinvergiftung. Therap. Mtsch. 1892. — Smith. F. S.: A case of aniline poisoning. Lancet. 1894. — Frank u. Beyer: Ein Fall von Anilinvergiftung. Münch. med. Wochenschrift 1897. — Boehm: Intoxication durch Kohlenstoffverbindungen. Ziemssen's. Handb. d. spec. Path. u. Ther. XV. 1880. — Hirt: Krankheiten der Arbeiter. 1875. — Hirt: Die Anilinvergiftung. Handb. d. Hyg. u. Gewerbekr. II. Th. 1882. III. Aufl. — Schuchardt: Ueber die Wirkung des Anilins auf den thierischen Organismus. Virch. Arch. Bd. 20. 1861. — Turnbull: On the physiol. and med. properties of sulphate of aniline etc. Lancet. 1861. — Olivier et Bergeron: Recherches expérimentales sur l'action de l'aniline. Journal de la physiologie 1863. — Bergmann: Ueber die giftigen Eigenschaften der Anilinfarben. Prager Vierteljsch. f. d. prakt. Heilk. 1865. — Starkow: Matierjały dla toksikologii tieł benzoinawo riada. Wojenn medic. żurnał 1869. — Starkow: Zur Toxikologie der Körper der Benzingruppe. Virch. Arch. Bd. XXII. 1871. — Schmiedeberg: Ueber das Verhalten des Ammoniaks etc. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. VIII. 1877. — Leloir: Recherches clinique et expérimentales etc. Gazette medic. de Paris 1879. — Engelhardt: Beiträge zur Toxikologie des Anilins. Inaug. Diss. Dorpat. 1888. — Blumental: Dniewnik III zjezda wraczej. — Wertheimer u. Meyer: Effects physiol. et toxiques de l'aniline. Le bulletin med. 1888. — Czerwinski: O diejstwi anilina. Wracz 1887. — Vaccari: La riforma medica 1889. — Korsunski: K woprosu o patołogo-anatomiczeskich izmienieniach pri otrawleniach anilinom. St. Petersbug 1891. — Silbermann: Ueber das Auftreten multipler intravitaler Blutgerinnungen etc. Virch. Arch. Bd. 117. 1889. — Falkenberg: Ueber die angebliche Bedeutung intravasculöser Gerinnungen als Todesursache bei Vergiftungen durch Anilin etc. Virch. Archiv Bd. 123. 1891. — Breton: Empoisonnement accidentel par l'aniline. Gaz. des Hosp. 1900. — Brat H.: Ueber gewerbliche (Methemoglobin) Vergiftungen und deren Behandlung mit Sauerstoffinhalationen. Deutsch. med. Woch. 1901.

*) Nie wszystkie prace niżej wymienione dostępne były autorom w oryginale.

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Marsa we Lwowie.

Kilka uwag o metodzie rozszerzania szyi macicznej zapomocą rozszerzadeł metalowych, wraz z opisem czterech przypadków.

Podał

Dr. Rudolf Brejter,

I. Asystent kliniki.

(Dokończenie).

Wszystkie nasze cztery przypadki odnoszą się do osób rodzących; w II. i IV. przypadku szyja była już rozdęta, szło tylko właściwie o rozszerzenie ujścia, co z wielką łatwością przy pomocy rozszerzadeł daje się uskutecznić. Inaczej cośkolwiek rzecz się przedstawiała w przypadku I., po części zaś i w III.: tu część pochwowa niezupełnie jeszcze zanikła, a szyja nie była jeszcze rozdętą; zadaniem zatem rozszerzadła było rozszerzyć całą szyję do tego stopnia, by zabieg mógł być wykonany, względnie płód urodzony. I w tych właśnie przypadkach rozszerzadło metalowe spełnia tylko częściowo swoje zadanie. Szyja bowiem w tych przypadkach zostaje zapomocą ramion rozszerzadła mechanicznie rozciągniętą li tylko na szerokość, podczas gdy fizyologicznie, pod wpływem skurczów macicy, rozdęcie szyi następuje nietylko wszesz, lecz i na długość, t. j. szyja zostaje wyciąganą ku górze, cieńczeje i niejako nadziewaną zostaje na część przodującą płodu. To drugie zatem działanie skurczów macicy nie istnieje przy rozciąganiu rozszerzadłem. W tych to przypadkach właśnie, chociaż rozszerzenie nastąpiło bez obrażenia szyi, może łatwo nastąpić pęknięcie przy występowaniu pojedynczych części płodowych. Pęknięcie takie, aczkolwiek nieznaczne, miało miejsce w przypadku I. Na tę okoliczność zwrócił już uwagę Wagner, opisując swe przypadki, w których przy następowych zabiegach przyszło do obrażeń szyi; w żadnym jednak z tych przypadków nie przyszło do znaczniejszych pęknięć, ani krwotoków.

W przypadkach, opisanych przez Leopolda, Rissmanna, Kaisera, Bischoffa, również przydarzały się nieznaczne pęknięcia bez groźniejszych następstw.

Okoliczność ta wcale nas nie zmusza do zajęcia tak pesymistycznego stanowiska, jakie zajął Zangenmeister. Zdaniem tego autora kolpeurynter, liczne nacięcia brzegów ujścia, lub cięcie pochwowe Dührssena, jest pewniejszym i mniej niebezpiecznym zabiegiem. Już nawet z tego względu nie zgodziłbym się na to, gdyż, jak słusznie Knapp powiada: „bei den Inzisionen muss es, bei Bossi's Verfahren kann es bluten".

Biorąc pod uwagę i ten czynnik, iż używamy rozszerzadła, jak dotychczas, li tylko w przypadkach nagłych, np. przy drgawkach porodowych, w których każda zwłoka dla życia matki lub płodu jest groźną, przyznać musimy, iż w tych przypadkach balony za powoli doprowadzają nas do celu; nacięcia Dührssena mogą przy następowym zabiegu znacznie się pogłębiać i powodować rzeczywiście głębokie pęknięcia; rozszerzadła zaś, zastósowane z pewnym zasobem cierpliwości, narażają chorą, jak wykazują dotychczas opisane przypadki, na nieznaczne, płytkie pęknięcia szyi. W przypadkach zatem nagłych, w których chodzi o życie

matki lub płodu, nie potrzebujemy liczyć się z możebnością powstania naddarcia, które przecież i wśród fizyologicznego porodu się wydarza. Twierdzenia niektórych autorów, iż nie należy używać rozszerzadeł, gdyż mogą powodować pęknięcia szyi i narazić matkę na niebezpieczeństwo krwotoku nie wytrzymują zatem krytyki; licząc się z tem, musielibyśmy odrzucić większą część naszych zabiegów położniczych. Jakże często bowiem przydarzają się pęknięcia szyi przy kleszczach wysokich, przy niezupełnie rozwartem ujściu, przy obrotach Braxtona-Hicksa i t. d., a mimoto operacye te, bez zastrzeżeń ogólnie przyjęte, należą do szeregu codziennych zabiegów operacyjnych. Pójdę jeszcze dalej i wspomnę tu o cięciu cesarskiem, zabiegu w każdym razie ciężkim, który częstokroć wykonujemy li tylko dla ratowania płodu. Na jakżeż nieporównanie cięższy zabieg narażamy matkę dla dziecka; podczas gdy w przypadkach nagłych, w których idzie o życie matki, nie powinno się według niektórych autorów używać rozszerzadeł, gdyż mogą narazić matkę na możebne obrażenia szyi macicy?!

Nie stoimy na stanowisku bezwzględnego i zbyt pochopnego zalecania w mowie będącej metody rozszerzania zapomocą rozszerzadeł metalowych, owszem, musimy przyznać, iż metoda ta przedstawia jeszcze pewne niedostatki, które przez ulepszenie przyrządów i wydoskonalenie techniki usunąć się pewnie dadzą; dalej, że wymaga pewnej wprawy. Przyznać jednak musimy, iż w przypadkach nagłych, w przypadkach, w których życie matki przez rozwiązanie szybkie może być uratowane, metoda ta oddać nam może znakomite usługi, a w każdym razie szybciej i pewniej nas do celu doprowadza, niż zabiegi do dziś dnia używane.

Co do wskazań do używania rozszerzadeł, to jak wyżej wspomniałem i jak nas dzisiejsze doświadczenie poucza, możemy przypadki podzielić na grupy.

Do pierwszej zaliczyłbym wszystkie przypadki nagłe, w których grozi niebezpieczeństwo w pierwszym rzędzie matce. Jako szkolny przykład mogą nam posłużyć przypadki drgawek porodowych. Do tej grupy zaliczam też przypadki rzadsze, powikłane wysoką gorączką, z daleko posuniętą gruźlicą płuc, przypadki zapalenia nerek z następową niedomogą serca i t. d, wogóle przypadki, w których przez szybkie rozwiązanie spodziewamy się poprawić stan ogólny chorej, który na dłuższe manipulacye nie pozwala.

Do II. grupy zaliczyłbym przypadki poronień, w których mamy do czynienia z obfitszem krwawieniem, kanał szyi zaś nie drożny dla palca, lub nawet dla średniej tępej łyżki. Używając rozszerzadła w tych przypadkach, starałbym się rozszerzyć kanał szyi do tego stopnia, by zabieg módz wykonać ręcznie, to znaczy rozszerzyć przynajmniej na grubość palca, co, sądzę, wobec pulchności macicy ciężarnej z łatwością udać się zawsze powinno.

Do III. grupy należeć będą przypadki, w których poród znacznie się przeciąga. W tych przypadkach będziemy mieli wskazania nietylko ze względu na matkę, lecz częściej ze względu na życie płodu. Najczęstszą przyczyną będzie niepodatna zbitość ujścia zewnętrznego *(rigiditas orificii externi)*, słabe, niewydatne skurcze macicy w 2-giej połowie pierwszego okresu porodowego, dalej przedłużanie się akcyi porodowej wogóle z następowem słabnięciem tętna płodu i t. d.

W pośrodku pomiędzy przypadkami, nadającymi się do użycia rozszerzadła, a tymi, które się nie nadają, znajdują się przypadki łożyska poprzedzającego lub nizko usadowionego *(placenta praevia totalis et partialis)*, w których jak zwykle mamy do czynienia z krwawieniem. W pośrodku stawiam te przypadki, gdyż nie we wszystkich można skutecznie i bezkarnie używać rozszerzadła. W przypadku bowiem, w którym występuje znaczny krwotok, będziemy mieli najwyżej tyle czasu do rozszerzenia, by módz wykonać obrót na nóżkę dwoma palcami. O zupełnem rozszerzeniu szyi w tych przypadkach w celu uniknięcia trudnego obrotu Braxtona-Hicksa, zdaje mi się, iż mowy być nie może, chyba w przypadkach łożyska przybrzeżnego, w których krwawienie może być nieznaczne. Najlepiej to przedstawia nasz przypadek III, w którym musiałem z powodu krwotoku zaniechać dalszego rozszerzania szyi i wykonać obrót na nóżkę Braxtona-Hicksa.

Zupełnie zaś nie nadają się do użycia rozszerzadła przypadki, w których część pochwowa lub szyja uległy zwyrodnieniu rakowatemu. W tych bowiem przypadkach z powodu kruchości nacieklych ścian może przyjść do głębokich pęknięć i zmiażdżeń tkaniny, co w następstwie mogłoby stać się powodem, iż wskazane usunięcie macicy z powodu poszarpania nacieków nowotworowych nie dawałoby widoków doszczętnego usunięcia nowotworu.

Przypadki rodzących umierających, u których Knapp radzi używać rozszerzadła, nie nadają się również do użycia tego sposobu; stanowczo bowiem nie może on współubiegać się o pierwszeństwo z cięciem cesarskiem, które znacznie szybciej do celu doprowadza.

Czy z dalszym rozwojem tej metody będziemy mogli używać rozszerzadeł do wywoływania przedwczesnych porodów, to dopiero przyszłość okaże.

Jeżeli zważymy, iż w każdym niemal przypadku występują podczas rozszerzania wybitniejsze skurcze macicy, to spodziewać się należy, iż rozszerzadło może nam oddać znakomite usługi, jako środek do wywoływania czynności porodowej. A mianowicie spodziewaćby się można, że po rozwarciu szyi do pewnej szerokości i pobudzeniu tym sposobem czynności porodowej, w dalszym ciągu poród się rozwinie. Postępowanie to możnaby połączyć z tamponowaniem szyi macicy, np gazą jodoformową. W razie, gdyby czynność porodowa nie występowała, ponowić znów rozszerzanie i tym sposobem operując dwu- lub trzy- czasowo, szyję zupełnie rozszerzyć i poród ukończyć. Mam zamiar, skoro mi się odpowiedni przypadek nadarzy, tak postąpić.

Ma się rozumieć, iż doświadczenia muszą wykazać, o ile powyższe rozumowanie ma racyę; w każdym razie już dziś możemy się posługiwać rozszerzadłem w przypadkach przedwczesnego porodu do tego stopnia, by módz następowo swobodnie przeprowadzić balon gumowy przez kanał szyi.

Zastanawiając się nad przebiegiem zabiegów operacyjnych wyżej opisanych przypadków, przyszliśmy do przekonania, że:

1) zastósowanie przyrządu jest wcale łatwe;

2) że z łatwością możemy zapomocą śruby oryentować się co do napięcia szyi, lub też wprost zapomocą dotyku zdawać sobie sprawę z jej napięcia;

3) że postępując z pewnym zasobem cierpli-

wości, nie mamy powodu obawiać się następstw niekorzystnych dla matki i płodu;

4) że w przeciągu krótkiego czasu, około 20—30 minut, możemy ujście macicy rozszerzyć do tego stopnia, iż zabieg operacyjny z łatwością wykonać możemy;

5) że podczas rozszerzania występują, względnie potęgują się skurcze macicy.

Z wielu podanych modeli rozszerzadeł znane mi są praktycznie przyrządy Bossiego, Frommera i Kaisera. Każdy z tych przyrządów ma swoje dobre i złe strony. Przyrząd oryginalny Bossiego, czteroramienny, starannie wykonany, w działaniu znakomity, posiada tę wadę, iż konstrukcya jego jest zanadto złożoną, przez co trudno daje się oczyścić, również i ciężar przyrządu jest stanowczo za wielki. Oryginalny jednak pomysł Bossiego, wprowadzenie kapturków, okazał się nadzwyczaj praktycznym i zabezpieczającym szyję macicy od pęknięć i zgnieceń.

Przyrząd Frommera posiada tę wyższość nad pierwszym, iż siła rozłożoną jest na 8 ramion, a zatem w ośmiu punktach działa na szyję macicy. Niepomyślną jednak jest ta okoliczność, iż ramiona te, będąc w liczbie zwiększonej, muszą być zarazem odpowiednio cienkie. Podczas rozszerzania zatem można zauważyć, że ramiona pojedyncze wciskają się i wgniatają w miąższ szyi dość znacznie, w następstwie czego przy nieco silniejszem rozszerzaniu mogą z łatwością powstawać pęknięcia szyi. Braki te dałoby się usunąć przez zastósowanie kapturków Bossiego.

Trzecie z rzędu rozszerzadło Kaisera okazało się najmniej praktycznem. Przedewszystkiem ramiona są tu stanowczo za krótkie, skutkiem czego tarcza, na której ramiona się opierają, znajduje się po założeniu rozszerzadła tak blizko sromu, iż utrudnia znacznie kontrolę napięcia ścian szyi. Również bardzo uciążliwem jest zakładanie kapturków w liczbie ośmiu, gdyż każdy kapturek posiada swe odpowiednie ramię, do innych zaś ramion się nie nadaje. Po wyjęciu zatem z kanału szyi rozszerzadła w celu założenia kapturków tyle czasu upływa, że szyja przez ten czas znacznie się ściąga, co znowu powoduje trudności w założeniu powtórnem rozszerzadła z kapturkami.

O innych modelach rozszerzadeł, jak Knappa, z dawniejszych Tarniéra i innych nie wspominam, gdyż ich nie widziałem w praktycznem zastósowaniu.

Na koniec co do sprawy, którą autorowie poruszają, czy nadają się rozszerzadła do użytku w praktyce prywatnej, czy tylko w klinikach, zdaje mi się, iż dwóch zdań w tym względzie być nie powinno. Jeśli komu, to przedewszystkiem należy lekarzom praktycznym oddać w ręce rozszerzadła metalowe. Ileż to razy bowiem zdarza się w praktyce prywatnej, iż lekarz w przypadkach nagłych, gdzie trzeba poród szybko ukończyć, stoi bezradny, nie wiedząc jakiego sposobu użyć do rozszerzenia szyi macicy, czy zastósować balon, który często bywa zepsuty lub zleżały, a temsamem i często zawodzi, czy też nacięcia Dührssena, zabieg doniosły, przy zastosowaniu którego trzeba być przygotowanym na poważne następstwa. I zwykle zakłada się balon, który bardzo powoli stosunkowo do celu doprowadzi i często przypadki takie, skutkiem niedostatecznie udoskonalonej metody, giną. Na nacięcia zaś brzegów ujścia, jako na zabieg wcale nie obojętny, nie każdy się odważy w praktyce prywatnej.

Powtóre przyznać musimy, iż czystość w wykonywaniu zabiegów operacyjnych poza zakładami nigdy nie może być tak doskonałą, jak w klinikach; z powyższych zaś trzech sposobów rozszerzania dróg miękkich u rodzącej stanowczo zabieg zapomocą rozszerzadła metalowego da się łatwiej z większą czystością, tj. bezgnilnie wykonać, aniżeli dwa pozostałe zabiegi.

Sądzę, iż oba powyższe względy dostatecznie przemawiają za tem, by rozszerzadła metalowe jak najbardziej rozpowszechnić w praktyce prywatnej.

Za odstąpienie mi materyału do niniejszej pracy i za cenne wskazówki składam Memu Czcigodnemu Szefowi, Prof. Marsowi, szczere podziękowanie.

IV. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia.

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

(Dokończenie).

X. Obserwacya 3-cia.

W. 28-letnia, żona strażnika policyjnego, od lat dwóch zamężna, matka dwojga żyjących dzieci. Ojciec pacyentki miał być nerwowym, przy lada drobnostce wpadał w złość. Również brat pacyentki ma być nerwowy; pozostałe zaś rodzeństwo (trzy siostry) nie ulega obciążeniu w tym kierunku. Nadmierne używanie alkoholu w rodzinie pacyentki nie zachodzi. Sama pacyentka w dzieciństwie miała cierpieć na napady nieprzytomności, połączone z krzykiem, które atoli po przebyciu w 6 roku życia odry zupełnie ustąpiły. W 7-mym roku życia przebyła błonicę; w 13-tym zapalenie ślepej kiszki. Jakichkolwiek powikłań ze strony układu nerwowego w przebiegu tych chorób nie było. Od 16 do 19 roku życia pacyentka piła codziennie 3—4 szklanek piwa, przytem jednak wiele jadła i spała. W 18-tym roku życia, po śmierci ojca, blizko przez pół roku bezustannie się martwiła i wiele płakała, przyczem spała mało, nie więcej nad 5—6 godzin na dobę. Od 19 do 24 roku wiodła życie spokojne, bez troski, wiele jadła i spała. W 24-tym roku przez kilka miesięcy z rzędu żyła w ciągłych swarach i kłopotach. W r. 26-tym, przed 2-ma więc laty, uległa znowu głębokiemu wstrząśnieniu uczuciowemu z powodu śmierci matki, prawie bez przerwy płakała przez 4 miesiące, bardzo mało jadła i prawie wcale, jak mówi, nie spała. W tym czasie właśnie była w ciąży. Od tej pory, jak sama podaje, stała się szczególnie drażliwą i bardzo pobudliwą i chwilami z tego powodu jest nawet nie do zniesienia dla swego otoczenia. Potwierdza to również mąż pacyentki, który podaje, że od tego właśnie czasu, o ile zauważył, stała się ona „tak anormalną“.

Pacyentkę w dzieciństwie otoczenie nazywało „złem dzieckiem“. Od dzieciństwa ma ona łatwo wybuchać gniewem. Od najwcześniejszych lat pije kawę, około 2—3 filiżanek dziennie, przy śniadaniu i po obiedzie. Co się zaś tyczy obecnej choroby, to tak sama pacyentka, jak i jej otoczenie, skarżą się przedewszystkiem na zmienne usposobie-

nie pacyentki i wielką jej drażliwość i pobudliwość uczuciową. Czuje się ona nie zawsze jednakowo: kilka dni czuje się dobrze, kilka dni zaś źle. Jeżeli śpi dobrze i wiele, to wtedy ma się czuć dobrze. Jest ona bardzo wrażliwą na niewyspanie.

Niedospanie 1—2 godzin psuje jej usposobienie i stan ogólny na cały dzień. Wtedy sama mówi „jestemdrażliwa i sama dla siebie nieznośna". Drugim czynnikiem, od którego usposobienie i ogólny stan pacyentki ma zależeć, jest stan powietrza. Utrzymuje ona uporczywie, że każdego razu z większą zmianą w pogodzie następuje zmiana w jej usposobieniu i stanie. W dni piękne, gorące, słoneczne czuje się ona dobrze, prawidłowo Podczas zimnej, wilgotnej i wietrznej pory popada w stan nieprawidłowy. Twierdzenie to pacyentki zasługuje na pewną wiarę także i dzięki dalszemu spostrzeganiu, mianowicie, że czuje się ona najlepiej w atmosferze gorącej. Podczas największego upału, gdy inni się chronią, pacyentka chętnie pozostaje w miejscu, wystawionem na działanie promieni słonecznych. Chodzi ona zawsze choćby podczas największego upału po stronie słonecznej ulicy. W takiem gorącu czuje się najlepiej, jest spokojna i ma wewnętrzne zadowolnienie, tylko jest wtedy bardzo senna i czuje się tak znużona, jakby, jak sama twierdzi, „świat cały przerobiła". Podobnież znajdując się np. w bardzo ogrzanej kuchni, czuje się „spokojną na umyśle, tudzież zadowolnioną wewnętrznie, tylko strasznie znużoną". W stanie takiego zadowolnienia i prawidłowego samopoczucia, jakie występuje po bardzo dobrem wyspaniu się, w gorące pogodne dnie, lub podczas siedzenia w bardzo ogrzanem mieszkaniu jest ona przyjemną dla otoczenia; w stanie tym może ona być nawet wesołą, co w warunkach przeciwnych nigdy niema miejsca. Wtedy pacyentka zwykle się nie złości, jest spokojna i jest w stanie zajmować się najżmudniejszą i najnudniejszą pracą, jak szycie, robienie pończóch itd., interesuje ją wtedy wszystko, czyta dzienniki od początku do końca. Chód pacyentki jest spokojny i powolny; mowa równa, nie głośna. To jest stan prawidłowy pacyentki

Stany nieprawidłowe bywają rozmaite i są, jak powiedzieliśmy, w ścisłym związku z wpływem zimna.

Stan, w którym pacyentka znajduje się bardzo często, określa ona, jako stan przygnębienia, niepokoju i niezadowolnienia. Przy lada sposobności popada w afekty. Każda drobnostka ją obraża i gniewa; złości się, łaje, narzeka i czynnajrozmaitsze wyrzuty. Czuje się przytem wewnętrznie niezadowolnioną i niespokojną; musi ciągle być w ruchu, nie jest w stanie długo usiedzieć spokojnie. Gdy siedzi, to wykonywa równocześnie ruchy rękami lub nogami. Chód jej jest niespokojny i szybki; mowa bardzo głośna. Pacyentka nie ma cierpliwości do spokojnego zajęcia się, np. szyciem lub robieniem pończóch. Jeżeli jest zmuszona np. robić pończochy, to musi wtedy równocześnie i co innego robić. Wogóle zaś nie ma żadnej ochoty do pracy. Pracuje, bo musi, gdyż całe gospodarstwo domowe spoczywa na niej. Najnieprzyjemniejszem atoli jest dla pacyentki w tym stanie to, że musi „strasznie wiele myśleć", „musi wtedy cały świat przemyśleć". Myśli wtedy zazwyczaj o własnej przeszłości i to głównie o krzywdach i nieprzyjemnościach, jakie kiedykolwiek ją spotykały, przyczem jest szczególnie zła na tych, którzy jej te przykrości wyrządzali, aczkolwiek w innym czasie przebacza im i nie jest na nich zła. To myślenie jest bardzo dla pacyentki nieprzyjemne. Zdarzenia, które w innym razie zwykle ją interesują, w stanie tym są zupełnie dla niej obojętne; zazwyczaj w tym stanie nie czyta ani gazet, ani książek. Z trudnością zasypia i śpi niespokojnie, wcześnie się budzi i zasnąć pomimo uczucia znużenia nie może. Oddziaływanie uczuciowe jest w pacyentce tak wzmożone i przesadne, że nawet największe uczucie nieszczęścia, jakie posiada, nie budzi w otoczeniu współczucia. Mąż jej mówi, że wtedy ciągle tylko łaje i robi wyrzuty i to nawet z powodu najdawniejszych spraw. Wrażenie, jakie pacyentka podczas tego stanu czyni na otoczenie, najlepiej scharakteryzuję, gdy powiem, że mąż jej przy większych wybuchach afektu swej żony otwiera okno, a ponieważ mieszka naprzeciw kliniki psychiatrycznej, woła: „p. profesorze Kraepelinie, weź pan moją żonę do swojej kliniki". Otoczenie — również i sąsiedzi — uważają zachowanie się pacyentki w tym stanie za nieprawidłowe.

O przygnębieniu padaczkowem nie może tu być mowy; pomijając inny charakter tego stanu, nie ma tu ani śladu jakichkolwiek napadów zamroczenia przytomności, albo drgawek; te zaś napady drgawek, jakich doznawała pacyentka w dzieciństwie, znikły bez śladu po przebyciu odry, jak również brak tu wszystkich innych objawów padaczki.

Od czasu do czasu znachodzi się pacyentka w stanie zupełnego przygnębienia, w którem obok niepokoju występuje usposobienie płaczliwe; w tym stanie nie irytuje się ona wcale. „Nie mam wtedy sił do gniewu", twierdzi sama; „nikt nie jest w stanie wtedy mnie rozzłościć". Ma ona wtedy wielką skłonność do płaczu i jest przekonaną, że gdy się wypłacze, to jej to ulży; to też płacze z powodu lada drobnostki. Czuje się nieszczęśliwą i opuszczoną, jest pełną trwogi i posiada to uczucie, jakby jakieś wielkie nieszczęście miało ją spotkać. W tym stanie pacyentki zazwyczaj powstaje w niej tęsknota po zmarłej matce; przebacza ona wtedy wszystkim i do nikogo nie ma złości. Do pracy nie ma najmniejszej ochoty i robota jej nie idzie. Zaczyna np prać i już po kilku minutach przerywa i dalej prać nie może Ten płaczliwy stan pacyentki występuje 2—3 razy na miesiąc, często rzadziej, nieregularnie i trwa zazwyczaj kilka godzin, nigdy dłużej, niż jeden dzień. Niedostateczne wyspanie się ma szczególnie wpływać usposabiająco na ten stan płaczliwy.

Dłużej, bo dni kilka, trwa zazwyczaj inny stan nieprawidłowy, powstający na tle pierwszego stanu podniesionej pobudliwości i łatwo występujących wybuchów gniewu. Jest to stan szczególnie wielkiej skłonności do zajęć. Wtedy robi pacyentka wszystko „chętnie i gruntownie, z ochotą i energią". Wszystko, co sobie od kilku tygodni uplanowała, urzeczywistnia wtedy i to jak najskrupulatniej. Całe mieszkanie przyprowadza do najlepszego porządku. Ale tylko cięższe prace, wymagające większego ruchu, pacyentka jest w stanie wtedy wykonywać, np. przestawianie mebli, czyszczenie podłogi i sprzętów itp. Do zajęcia spokojnego, jak szycie lub robienie pończóch, jest ona wtedy nie zdolna. Również nie ma wtedy cierpliwości do czytania. Czasopisma czyta tylko powierzchownie i pobieżnie tylko zwraca uwagę na najważniejsze wiadomości. Wszystko wykonywa wtedy nadzwyczaj szybko, jest ciągle w ruchu, chwili nie może usiedzieć spokojnie, ciągle musi czemś być zajętą. Gdy pisze listy, to czyni to z nadzwyczajnym pośpiechem.

Mowa i chód są szybkie i energiczne; nie czuje żadnego znużenia, jest w stanie wykonywać najcięższą pracę bez przerwy i wypoczynku przez dzień cały. Przytem je pacyentka bardzo mało, nie ma wcale łaknienia. „Usposobienia nie jestem wesołego wtedy“ — mówi pacyentka; „mogę wprawdzie śpiewać, ale pochodzi to nie z zadowolnienia, lecz z ruchliwości, z potrzeby działania. Jest to — mówi — zupełnie inne śpiewanie, aniżeli to, gdy jestem zadowolniona“. W tym stanie pacyentka bywa bardzo rozdrażniona. Lada drobnostka obraża ją i gniewa. Rozdziela wśród otoczenia — razy, obelgi i zarzuty. Mąż jej ostrzega wtedy dzieci: „uchodźcie mamie z drogi, dzisiaj jest mama nerwowa“. Pacyentka nie ma spokoju wewnętrznego, ani zadowolnienia. Zasypia łatwo i ma głęboki i spokojny sen. Stan ten, jak wspomniałem, trwa kilka dni i kończy się zupełnem wycieńczeniem i znużeniem.

Pacyentka opowiada jeszcze o jednym stanie. Jest to ten, w którym ona jest spokojną i cichą, szuka samotności i oddaje się tylko swym myślom. Myśli te dotyczą przyszłości jej lub jej blizkich, często nawet losu osób z powieści, którą niedawno przeczytała. W ciągu godzin całych doznaje ona zadowolnienia, lub smuci się z powodu losu bohaterów powieściowych; porzuca, jeśli może, wszelkie zajęcie, które jej przeszkadza w tem marzeniu i wybiera tylko takie zajęcie, jak np. robienie pończóch lub szycie, przy których może spokojnie oddawać się marzeniu. Odkłada ona wszelką pracę, aby dokończyć zaczętą powieść, która ją podnieciła. Nie jest pacyentka w stanie o niczem więcej myśleć, jak tylko o tem, co ją w tej chwili opanowało. Godzinami całemi snuje swe myśli o jednym i tym samym przedmiocie. Marzenie to sprawia pacyentce wielką przyjemność; tylko, gdy w ciągu wielu godzin myśli o jednem i tem samem, zaczyna się to jej już stawać nieco uciążliwem. Atoli nie łatwo może uwolnić się od tych marzeń. Przymusowy charakter tego myślenia okazuje się najlepiej z własnych słów pacyentki: „po kilku godzinach myślenia o jednem i tem samem, staje mi się to nieco obmierzłem; pragnęłabym o czem innem myśleć, ale nie mogę“.

Pacyentka podaje, że w tym czasie, gdy się czuje źle, doznaje szczególnego lęku, niepokoju, wzburzenia, gdy ma coś ważnego załatwić, lub z kimś obcym mówić.

Co się tyczy władz umysłowych, to pacyentka utrzymuje, że podczas swych stanów nieprawidłowych ma pamięć bardzo osłabioną; nic wtedy nie może zapamiętać. „Gdy chcę komu coś opowiedzieć, co bardzo dobrze wiedziałam i co sobie później znowu z łatwością przypomnę, okazuje się, że to zapomniałem“, powiada pacyentka. Szczególnie zapominanie nazw i imion daje się jej uczuć. „Gdy pragnę komu opowiedzieć, jak się ten lub ów nazywa, nie mogę sobie wcale przypomnieć nazwiska, choć te osoby bardzo dobrze znam; po jakimś czasie przypominam sobie z łatwością“: Również w kierunku pojmowania, tudzież zachowania, czuje pacyentka upośledzenie w tym stanie: „nie mogę wtedy — mówi — nic do kupy związać. Nie jestem w stanie listu jak się należy ułożyć. Myśli moje nie są w należytym porządku“.

Z zaburzeń cielesnych uskarża się pacyentka przedewszystkiem na występującą od czasu do czasu, jak mówi, duszność, którą sama tak opisuje: „Jak najgłębiej odetchnęłam, a mimo to czuję, że niedostatecznie“. Gdy przejdzie choćby jeden rząd schodów, doznaje tak ciężkiego oddechu, że musi przystanąć, aczkolwiek w innym czasie, gdy się dobrze czuje, jest w stanie chodzić bez zaburzeń nawet po wysokich górach. W czasie, kiedy ma tę duszność, wiele chrząka i bądź nosem bądź ustami wydziela śluz, jak mówi, który jej się zbiera w gardle. Czy w tym czasie ma także i sine wargi, na to nie zwróciła uwagi, atoli objaw ten został przezemnie parokrotnie stwierdzony równocześnie z krótkiem skaczącem tętnem, około 90 uderzeń na minutę. Pacyentka podaje z całą stanowczością, że opisana duszność, jako też większe wydzielanie śluzu, występują równocześnie z nieprawidłowym stanem psychicznym.

Pytana dalej, podaje pacyentka, że są dnie, w których szczególnie chorobliwie wygląda na twarzy. Policzki wtenczas są „blade, żółte i zapadnięte“. Bynajmniej nie jest to związane z okresem miesiączkowania. Mąż jej, jak również sąsiedzi, utrzymują, że to chorobliwe wejrzenie zwróciło ich uwagę, podczas gdy w innym czasie twarz jej przedstawia się zdrowo. Na zapytanie, kiedy pacyentka wygląda tak źle na twarzy, odpowiada ona z całą stanowczością, że wtedy, gdy się znajduje także w nieprawidłowym stanie psychicznym. Podaje ona również o zmianach, występujących na rękach i o spieczonych wargach. „Ja widzę wtedy, że moje ręce są tak chude, blade i zwiędłe. Wtedy daleko łatwiej niż zwykle schodzi mi pierścień z palca. Wargi, gdy przesuwam po nich palcem, są spieczone i szorstkie“. Na zapytanie, czy pacyentka wiele i łatwo się poci, odpowiada, że się nie poci prawie wcale, a nawet w łóżku pomimo ciepłego przykrycia się pierzyną, gdyż nawet w lecie sypia pod pierzyną, ale się nie poci. Mąż jej utrzymuje, że pacyentka jest tak zimna „jak żaba“. Tylko na 2—3 dni przed miesiączką wiele się poci. Miesiączka trwa 6—8 dni, i połączona jest z różnemi dolegliwościami i rozdrażnieniem. Przy najmniejszym chłodzie ziębną nogi i ręce. W czasie swych nieprawidłowych stanów psychicznych, w ciągu kilku dni nie miewa stolca; a gdy ten się zjawi, towarzyszy mu ból w okolicy odbytnicy. Kał jest nadzwyczaj zbity, tudzież w drobnych kulkach i kawałkach. Uderzyło nadto pacyentkę, że pomimo poprzedniego kilkodniowego niewychodzenia na stolec, kału jest nadzwyczaj mało. Zwróciła jej uwagę również ta okoliczność, że w stanach nieprawidłowych nie wydziela wcale wiatrów. Badanie brzucha, które udało mi się raz przeprowadzić podczas lekkiego stanu nieprawidłowego, wykazało na miejscu poprzecznicy i okrężnicy zstępującej wyraźne, twarde, okrągłe, gładkie, cienkie i długie ciało. Co do obłożonego języka i nieprzyjemnej woni z ust, nie umie pacyentka podać nic określonego, gdyż nie zwracała na to uwagi. Również co do stanu źrenic. Natomiast stwierdziłem wielokrotnie podczas stanów nieprawidłowych, że źrenice były rozszerzone. O wzmożonem wydzielaniu śliny nic dowiedzieć się od pacyentki nie mogłem.

Do wyżej przytoczonych wyników wywiadowczych badanie pacyentki nie wiele przynosi wskazówek, tembardziej, że znachodzi się ona obecnie w stanie prawidłowym, tudzież niedawno piła swą kawę. Objaw dermograficzny jest bardzo wyraźny. Kilka sekund upływa, zanim oddziaływanie występuje; kresa powiększa się powolnie, na szczycie jest nadzwyczaj wyraźna; trwa bardzo długo i znika bardzo powoli i stopniowo. Poza tem przedstawia się pacyentka jako osoba niedokrewna, o złym stanie odżywienia; ma małe przytłumie-

nie w szczytach płuc, odruch kolanowy podniesiony; zmian organicznych w sercu niema, również niema żadnych zaburzeń, w narządach jamy brzusznej, dających się stwierdzić badaniem zewnętrznem, tudzież żadnych organicznych zaburzeń ze strony układu nerwowego.

Mamy tu do czynienia z tem samem schorzeniem naczynio-ruchowem, które omówiliśmy bliżej przy sposobności przypadku pierwszego. Znajdujemy tu tę samą zmienność tak w stanie cielesnym, jak i psychicznym; te same zmiany w wejrzeniu twarzy, rąk, warg, a nawet te same objawy żylności krwi, jak powiększenie wydzieliny oskrzelowej, tudzież opisana przez pacyentkę zupełnie tym samym sposobem duszność. Sine i spieczone wargi, jak również charakterystyczne krótko skaczące tętno, 90 uderzeń na minutę, zostały wielokrotnie przezemnie stwierdzone. Znachodzimy tu tę samą dermografię, a nawet te same przyzwyczajenia i właściwości, jak zamiłowanie do gorąca, wielka wrażliwość na niewyspanie się, małe wydzielanie potu. Znajdujemy tu również to samo wskazywanie na wpływ na stan pacyentki dobrej i złej pogody. Co się tyczy przewodu pokarmowego, to tak wywiady, jak i badanie przedmiotowe wykazują istnienie postronkowatego ciała w miejscu okrężnicy poprzecznej i zstępującej, co wskazuje na to same kurczowe zaparcie stolca (*obstipatio spastica*). Ze strony wreszcie psychicznej mamy najzupełniejsze niemal powtórzenie tych objawów, jakie omówiliśmy przy pierwszym przypadku, mianowicie to samo podwyższone przesadne oddziaływanie uczuciowe na objawy zewnętrzne, na tle którego występują te same stany marzenia, popędu do działania, te same wybuchy afektów, tudzież te same stany płaczliwe. Zaś w dziedzinie umysłowej to samo upośledzenie władz myślenia, a w pierwszej linii pamięci.

Rozpoznanie opiera się głównie na wywiadach. Zrozumienie stosunków między przedstawionymi objawami i znaczenia każdego z nich jest łatwe na podstawie analizy przypadku pierwszego i doświadczeń na nim poczynionych. Choroba rozpoczęła się prawdopodobnie przed dwoma laty, wtedy, gdy pacyentka przez szereg miesięcy miała wielkie zmartwienie, bardzo krótko spała i mało jadła. To było prawdopodobnie bezpośrednim czynnikiem, który wywołał schorzenie w tej postaci. Że schorzenie trwa nie zbyt długo, przemawia za tem i ta okoliczność, że jest słabego stopnia i że pacyentka nie przedstawia wyraźnych zaburzeń głębiej sięgających i trwałych. Pewien udział w wywołaniu schorzenia możnaby zapewne przypisać także stałemu, od dzieciństwa trwającemu, codziennemu piciu kawy. Również wyznania pacyentki zdają się wskazywać i na wpływ dziedziczności. Że z pośród afektów, w które pacyentka popada, gniew zajmuje wybitne miejsce, to po części objaśnić można z jednej strony warunkami, wśród których ona żyje, z drugiej zaś strony tem, że już od dzieciństwa odznaczała się w tym kierunku, wszak była nazywaną „złą dziewczyną".

XI. Zakończenie.

Ważniejsze wyniki, do których doprowadza wyżej przedstawiony rozbiór schorzenia, są:

1) nie słuszne jest upatrywanie istoty choroby przeważnie w zaburzeniach sfery umysłowej. Główne schorzenie dotyczy układu naczynio-ruchowego. Zaburzenia naczynio-ruchowe są punktem wyjścia dla wszystkich innych objawów. Fakt ten pociąga za sobą cały szereg następstw logicznych w kierunku terapeutycznym, etyologicznym, prognostycznym i t. p.;

2) nie słuszne jest uważanie zaburzeń umysłowych, występujących w tem schorzeniu, za przynależne do psychiatrycznej jednostki chorobowej, zwanej „obłąkaniem przemiennem" (cyklicznem).

W końcu składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie panu prof. Hoffmannowi (Heidelberg) za życzliwe uwagi i wskazówki, których mi udzielił, tudzież tym z panów profesorów lwowskiego wydziału lekarskiego, który opinię swoją, odnośnie do tej pracy, zechcieli mi wyrazić.

V. Wyciągi.

Prof. Dr. Garré. **Przypadek rzeczywistego obojnactwa.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 5). Dwudziestoletni osobnik, chowany dotychczas jako mężczyzna, od paru lat miewał okresowe krwawienia z części rodnych, a równocześnie zdradzał wybitne skłonności do kobiet. Ogólna budowa ciała odpowiada budowie kobiety; części rodne zaś przedstawiają się jako prącie, nie przebite przez cewkę, obok zaś tego dwa wiotkie owłosione fałdy, otaczające mały otwór, przez który cewnikiem wejść można do pęcherza. Przez odbytnicę wyczuwa się po stronie lewej postronek, który jednym końcem zdaje się łączyć z cewką, drugim zaś gubi się w okolicy linii bezimiennej miednicy, mając obok siebie dwa ciała przesuwalne, wielkości jaja gołębiego. Po stronie prawej nie wyczuwa się w jamie miednicy nic pewnego, natomiast przed kanałem pachwinowym wyczuwa się ciało, które może odpowiadać gruczołowi rozrodczemu. Za zgodą interesowanego czy interesowanej ciało to odsłonięto. Makroskopowo znaleziono twory, mogące odpowiadać trąbce, jajnikowi i sznurkowi nasiennemu. Badanie mikroskopowe kawałków wyciętych z narządów gruczołowatych wykazało rzeczywiście budowę właściwą dla jajnika i dla jądra. Jest to zatem jeden z nader rzadkich przypadków obojnactwa rzeczywistego, co najmniej jednostronnego.

Herman.

Petruszky. **Bolesność kręgów** (*spinalgia*) **jako wczesny objaw zakażenia gruźliczego.** (*Munchener med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 9). Według zdania autora zakażenie gruczołów chłonnych poprzedza zwykle gruźlicę płuc; uważa on schorzenie gruczołów oskrzelowych jako pierwotne, schorzenie miąższu płucnego za sprawę wtórorzędną, a tworzenie się jam gruźliczych za trzeciorzędny okres gruźlicy płuc. Dlatego często w przypadkach gruźlicy płuc znaleźć można zmiany starsze w gruczołach oskrzelowych, lub też schorzenie gruczołów bez widocznych zmian w płucach i oskrzelach, co P. szczególnie stwierdził przy sekcyach dzieci. Podobnie stwierdza się schorzenie gruczołów krezkowych bez widocznej choroby błony śluzowej jelit i autor przypuszcza, że leukocyty zawlekają prątki gruźlicze do gruczołów oskrzelowych i gruczołów chłonnych wogóle. Sprawa gruźlicza we wszystkich gruczołach chłonnych przebiega bardzo powoli; jakże więc można rozpoznać pierwotną gruźlicę gruczołów oskrzelowych? Jako podejrzane objawy podmiotowe podaje się często bóle między łopatkami, nieustający suchy kaszel, podczas gdy w płucach nic nie można stwierdzić I często uspakaja się takich chorych tem, że są tylko nerwowi, że „płuca ich są zupełnie zdrowe". Przeciwnie, byłoby w takich przypadkach o wiele słuszniej powiedzieć, że „choroby płuc obecnie stwierdzić nie można, czy jednak płuca są zupełnie zdrowe, zwyklymi sposobami badania na pewno rozstrzygnąć nie można".

Autor więc zwraca uwagę na ból kręgów (spinalgia), powstający po naciśnięciu niektórych z nich, najczęściej 2—7, jako objaw gruźlicy gruczołów zaoskrzelowych. Przy obmacywaniu wyrostków kolczastych ukazuje się większa lub mniejsza tkliwość na ucisk kilku kręgów, kręgi bolesne leżą często nieco głębiej, niż powierzchnia innych kręgów, a palec badający ma często wrażenie, jakoby tkliwe wyrostki były nieco szersze, miększe i elastyczniejsze, niż inne. P. sprawdził swoje spostrzeżenie w licznych przypadkach zapomocą typowej reakcyi tuberkuliny i w żadnym z tych przypadków nie przyszło do próchnicy kręgów. Przy posuniętej gruźlicy płuc P. nigdy nie znalazł bolesności kręgów. Wprawdzie autor nie uważa tego objawu za nieomylny sposób do rozpoznania gruźlicy gruczołów zaoskrzelowych, lecz jest ona ważnym czynnikiem w szeregu objawów podejrzanych, do których zaliczamy niedokrewność,

zły stan odżywienia, osłabienie, suchy kaszel itd. Stwierdzenie rozpoznania gruźlicy osiągnie się zawsze zapomocą próby tuberkulinowej. P. uważa leczenie tuberkuliną za najracyonalniejszy i najpewniejszy sposób, by zapobiedz następowej gruźlicy płuc. *Dr. Fels.*

Kraus. **Znaczenie przetoki pęcherzowo-pochwowej dla ustalenia wskazań położniczych.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 7, 1903). Przytoczywszy przypadki z piśmiennictwa, opisuje autor dwa spostrzegane przypadki zwężeń pochwy skutkiem blizn po przetokach pęcherzowo-pochwowych, w których rodzące rozwiązano cięciem cesarskiem. W każdym przypadku, w którym przeszkodę porodową stanowi bliznowate zwężenie pochwy po przetoce pęcherzowo-pochwowej, należy postępować wyczekująco, bo może zwężenie się rozciągnąć i płód urodzić się siłami natury. Jeżeli natomiast zwężenie się nie rozciąga, a za to rozciąga się dolny odcinek macicy i zagraża pęknięcie, należy rozwiązać rodzącą, wykonując cięcie cesarskie z zachowaniem macicy, lub jej wyjęciem, stosownie do wskazania. Gwałtowne rozszerzanie zwężenia lub jego nacięcie jest zawsze niebezpieczne, bo przy porodzie powstanie na pewno bardzo rozległe przedarcie, znaczny krwotok i często nowa i. to daleko rozleglejsza przetoka pęcherzowo-pochwowa. *P.*

Hahn. **W sprawie przyborów położnych.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 8, 1903). Znaczny odsetek zakażeń połogowych, jaki się trafia w praktyce prywatnej, jest następstwem nieczystego postępowania przy porodzie, lub w czasie połogu, a więc zawsze prawie jest z winy położnej. Temu zaradzić chciał Hinck, polecając położnym osobne torby na przybory, potrzebne do połogu, a osobne dla rodzących. Hahn radzi postąpić inaczej, a mianowicie poleca, aby każda rodząca miała swoje własne kanki pochwowe, kanki do lewatyw, cewnik i mydło. Wszystkie te najpotrzebniejsze przybory kosztować będą najwyżej 2 korony; rodzące biedniejsze, jeżeli należą do jakiejś Kasy, powinny te przybory dostawać z Kasy; jeżeli zaś do Kasy nie należą, to z funduszów gminnych. Osoby zamożniejsze powinny mieć także koneweczkę Hegara, a jeszcze lepiej wezwać do porodu lekarza, bo wtenczas tylko jest pewność, że wszystko było przy porodzie zrobione aseptycznie, gdyż aseptyki, jak sam autor z doświadczenia twierdzi, najtrudniej jest nauczyć położne.

(Autor zapomina, że najczęstszą przyczyną zakażenia są palce położnych, nadto nie aseptyczne przeprowadzenie porodu; nie o przybory więc, ale o aseptykę położnych starać się trzeba, to jest ciągle dozorować i przypominać im tę aseptykę w praktyce, a to można osiągnąć przez ustanowienie lekarzy, wyposażonych w odpowiednią władzę, którzyby kontrolowali położne, oraz utworzenie kursów powtarzających według proponowanego przed trzema laty projektu rządowego. Dotychczasowa kontrola położnych przez lekarzy powiatowych jest tylko w wyjątkowych powiatach przeprowadzana, a to skutkiem ich nadmiernego przeciążenia i okazuje się w praktyce niedostateczna). *P.*

Baumler. **Leczenie zapalenia okątniczego.** (*Therapie der Gegenwart*, Zeszyt II i III, 1903). Zapalenie okątnicze polega po największej części na ciężkich schorzeniach wyrostka robaczkowego, które szczególnie w wieku młodocianym, często już w wieku dziecięcym powstają, lecz w każdym wieku zdarzyć się mogą. Punktem wyjścia jest więc najczęściej wyrostek robaczkowy, jednakże w tak wczesnym okresie choroba rzadko i trudno bywa rozpoznaną. Kiedy zaś choroba stałą się już jawną, wtedy zapalenie przeszło już na kątnicę i jej otoczenie i dlatego też B. zatrzymuje nazwę „perityphlitis“. Tylko mała część przypadków z powodu zgorzeli i przebicia wyrostka robaczkowego i szybko występującego ogólnego zapalenia otrzewnej (nagle występujący, gwałtowny ból, wymioty i objawy szybkiego lub powolnego zapadu) jest już z góry beznadziejną, jeśli bardzo wczesna operacya chorego nie uratuje. Po największej części jednak wyleczenie jest możebne bez zabiegu operacyjnego i to nawet w przypadkach, w których należy przyjąć wytworzenie się większego ogniska ropnego naokoło schorzałej części wyrostka robaczkowego. Takie ognisko ropne może przez otwarty wyrostek przebić do kiszki ślepej, lub do jelita, do pęcherza lub pochwy i w ten sposób się wygoić, a mały ropień może się wessać. Naturalnie, że w niektórych przypadkach autora leczenie zachowawcze trwało bardzo długo (od 60—200 dni). Jaki będzie przebieg choroby w pojedynczych przypadkach, z góry przewidzieć się nie da. U młodocianych ludzi, przedtem zdrowych, u których odpowiednio do położenia wyrostka robaczkowego wcześnie powstaje typowy obrzęk, należy się spodziewać, że przy odpowiedniem leczeniu i przebieg będzie korzystny. Wątpliwem jest rokowanie w przypadkach, w których z powodu niezwykłego położenia wyrostka nie można stwierdzić obrzęku wyczuwalnego. W tego rodzaju przypadkach mogą niespodzianie nastąpić ciężkie objawy i śmierć mimo zabiegu operacyjnego; bardzo wczesna operacya byłaby prawdopodobnie chorego uratowała. Wielkie znaczenie dla przebiegu zapalenia ma unaczynienie wyrostka robaczkowego, które przy zwisającym do małej miednicy wyrostku jest lepsze u kobiet z powodu tętnicy jajnikowej, niż u mężczyzn. Dlatego przy zaburzeniach w krążeniu wyrównanie uboczne jest łatwiej możebnem u kobiet, z drugiej strony jednak zapalenie łatwo może przejść z jednego narządu na drugi. Gdzie po skończeniu zapalenia okątniczego występują choćby tylko czasowo objawy miejscowe, usunięcie wyrostka robaczkowego jest bezwzględnie wskazanem. Natomiast prawie wszyscy chirurdzy obecnie odradzają operacyę na samym początku, lub na szczycie choroby. Czy częstość tej choroby się wzmaga, nie jest pewnem; lecz tem pewniejszy jest fakt, że od 25 lat bywa ona częściej rozpoznawaną, niż przedtem; ten szczęśliwy fakt mamy głównie do zawdzięczenia chirurgii. Miejscowo stosuje B. z dobrym skutkiem przyrząd chłodzący Leitera do czasu ustąpienia gorączki, potem zaś okłady wysychające, lub ciepłe. Wobec gwałtownych objawów stosuje on podskórnie morfinę, zresztą podaje makowiec w małych dawkach, lub wcale nie i zarzuca sposób leczenia Bourgeta zapomocą olejku rącznikowego i lewatyw, które wzbudzają ruchy robaczkowe, przez co utrudnia się tworzenie zrostów, a może się przyspieszyć przebicie wyrostka, lub wystąpienie kału przez istniejący już otwór w wyrostku. Zaparcie może trwać 8—9 dni, a mimoto wzdęcie i bolesność brzucha, jakoteż obrzęk w okolicy kątnicy, mogą z każdym dniem się zmniejszać i potem może sam odejść obfity, sformowany stolec, lub też przy pomocy małej lewatywy z oliwy. *Dr. Fels.*

Prof. Dr. Bókay. **Zastosowanie systematycznych nakłóć lędźwiowych w leczeniu przewlekłego wewnętrznego wodogłowia u dzieci.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 57, 7 B., 2 H., 1903). Autor opisuje przypadek przewlekłego wewnętrznego wodogłowia u dziecka 4-letniego, u którego w przeciągu 8 miesięcy wykonał 11 nakłóć lędźwiowych i wypuścił 283 sz. cent. płynu śródczaszkowego, zaś u dwuletniego chłopca po przebytem zapaleniu błon mózgowo-rdzeniowych w rozwijającem się niedołęstwie umysłowem skutkiem wodogłowia wypuścił w 15 nakłóciach 660 sz. cent. płynu. Dr. Concetti wykonał u dziecka w ciągu dwóch lat 53 nakłóć i otrzymał bardzo znaczną poprawę.

Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) W wodogłowiu przewlekłem, szczególnie powstałem po zapaleniu opon mózgowych, systematyczny zabieg Quinckego daje wyniki korzystne.

2) Zabiegów tych nie można powtarzać w zbyt krótkich odstępach czasu i nie należy wypuszczać zbyt dużo płynu, gdyż częste nakłócia zwiększają ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym, co chorzy źle znoszą i ulegają znacznemu wycieńczeniu.

3) Po zabiegach Quinckego wtedy można spodziewać się poprawy, gdy istnieje komunikacya między komorami mózgowemi a przestrzenią podoponową.

4) W wrodzonem przewlekłem wodogłowiu nakłócia lędźwiowe wywołują li tylko uspokojenie chorych i przytłumienie podniecenia: albowiem mózg u tych chorych jest tylko częściowo rozwinięty, a tego poprawić nie można. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Emerich Ullmann. **Wycięcie śledziony z powodu skręcenia szypuły śledziony wędrującej.** (*Klin. therap. Wochenschrift* 2, 1903). Skręcenie szypuły powiększonej śledziony należy do rzadkości; na 279 przypadków wycięcia śledziony, zebranych w piśmiennictwie przez Vanverta, tylko w 14 skręcenie szypuły było wskazaniem do wycięcia. W przypadku tym zawędrowała śledziona do prawego podżebrza, co nie często się zdarza. Badając po raz pierwszy chorą, znalazł U. w lewem podżebrzu guz stosunkowo dość twardy, nieco większy od pięści, na powierzchni dość okrągły, gładki, o dolnym brzegu ostrym. Rozpoznano zimniczą śledzionę wędrującą. W jakiś czas zgłasza się chora, zmieniona, stękająca, wijąca się z bólu; guz dawał się wyczuć w prawem podżebrzu dwa razy większy, przy dotyku bolesny. Przy otwarciu jamy brzusznej guz ten okazał się śledzioną, której szypuła była skręconą o 180° w kierunku wskazówek zegara. Po wyjęciu śledziona zmniejszyła się przez upływ krwi, ważyła 300 grm., długość jej 16 ctm., szerokość 11 ctm., grubość 4 ctm. O tyle jeszcze przypadek ten jest zajmujący, że chora była w piątym miesiącu ciąży, a operacya na przebieg ciąży zupełnie wpływu nie miała. W 7 tygodni potem przywieziono chorą z objawami ostrego zapalenia otrzewnej, wywołanego, jak sekcya sądowo-lekarska stwierdziła, zbrodniczem spędzeniem płodu. *B. Żmigród.*

Studziński. **Przypadek międzypłatowego zapalenia opłucnej z przedostaniem się ropy pod skórę.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 49). St. opisuje spostrzegany przez siebie w klinice prof. Wagnera (Kijów) przypadek międzypłatowego zapalenia opłucnej (pleuritis interlobaris), pouczający z tego względu, że oprócz zwykłego w tej sprawie przedostania się ropy do oskrzeli, utworzył się na 13-ty dzień choroby ropień w trzeciem międzyżebrzu przy kręgosłupie, odpowiednio najwyższemu punktowi bróździ międzypła-

towej; ropień łączył się ze światłem oskrzeli. Badanie bakteryologiczne ropy wykazało czystą hodowlę gronkowca białego. Po 6 tygodniach nastąpiło wyzdrowienie. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Wróblewski. **Powikłania zdarzające się przy usuwaniu migdałków podniebiennych.** (*Gazeta Lekarska* Nr. 7, 8, 1903). Jako rzadkie powikłanie spostrzegano ropień okołomigdałkowy, tworzący się bezpośrednio po dokonanej operacyi. Naloty na ranach pooperacyjnych, występujące stale i nieuniknione po tym zabiegu, są wprawdzie przeważnie nieszkodliwe. Nie należy ich jednakże lekceważyć, gdyż mieszczą w sobie często laseczniki Löfflera i mogą przejść w ciężką postać błonicy. Niewinny zazwyczaj obrzęk łuków i resztek migdałka po operacyi, zdarzający się po każdej metodzie, najczęściej po pętlicy galwanokaustycznej, przyjmuje niekiedy wielkie rozmiary, przechodzi na głośnię i może nawet spowodować zejście śmiertelne. Zranieniu łuku przedniego, przylegającego do migdałka, pociągającemu niekiedy za sobą znaczne krwawienie, można zapobiedz przez oddzielenie, lub poprzeczne przecięcie łuku. Złe założenie gilotynki, wadliwość tego narzędzia, uwięźnięcie przedniego łuku i kamienie, ukryte w migdałku, mogą powodować pęknięcie noża przy wykonaniu operacyi. Wycinanie migdałków nożem może dać powód do zranienia podniebienia miękkiego, łuku przedniego, nasady języka, dolnej lub górnej wargi. W jednym przypadku Dobrowolskiego przyszło po tej operacyi do utraty głosu z powodu zupełnego porażenia prawej i częściowego lewej struny głosowej. D. przypuszcza odruchowe porażenie dolnego nerwu krtaniowego wskutek podrażnienia gardzielowych gałązek nerwu błędnego. Powikłań skutkiem zakażenia unikać możemy i powinniśmy. Zmniejszenie przerosłych migdałków przez ignipunkturę może mieć tylko w wyjątkowych przypadkach racyę bytu, gdyż po tym zabiegu bywają powikłania w postaci długotrwałych zapaleń, przechodzących na sąsiednie tkanki i narządy, ropnie okołomigdałowe, ropne zapalenie uszów itd.

Najważniejszem i najprzykrzejszem powikłaniem są krwotoki, mogące wystąpić po każdej metodzie tej operacyi i przybierać nieraz groźne rozmiary, a nawet sprowadzić zejście śmiertelne, jak to autor ilustruje przytoczeniem bogatej kazuistyki, czerpanej z piśmiennictwa i z własnych spostrzeżeń. Głównemi ich przyczynami są: krwawiączka, za głębokie wycinanie migdałków i wreszcie operowanie podczas zapalenia. Dla zapobiegania tym powikłaniom należy unikać tej operacyi w okresie zapalenia migdałków u krwawców, w okresie miesiączki i ciąży, należy unikać zranienia łuku, przed operacyą dokładnie zbadać migdałki, czy niema w nich kamieni i zrostów z łukiem przednim, które to ostatnie w danym razie należy oddzielić; starać się, by nie wycinać migdałków doszczętnie do samej wnęki. Ostatniego należy unikać temwięcej, gdyż migdałki stanowią, jak tkanki gruczołowate wogóle, bardzo ważny dla ustroju narząd ochronny, który zapomocą mieszczących się w nim licznych leukocytów zatrzymuje i niszczy bakterye i ich toksynę z jamy ust i gardła. *Spira.*

G. Engelhardt i M. Löhlein. **Przyczynek do znajomości** *streptothrix-pyaemiae*. (*Deutsches Archiv für klin. Med.* Tom 75, Zeszyt 2, 1902). W przypadku ropnicy autorowie znaleźli w ropie z bardzo licznych ropni we wszystkich niemal narządach grzybki właściwej postaci, barwiące się metodą Grama, oprócz których żadnych innych drobnoustrojów wykazać nie można było. Morfologia ich, jak również własności hodowli, każą zaliczyć znalezione grzybki do gatunku *streptothrix* (*actinomyces*), a że innych drobnoustrojów ani pod mikroskopem, ani w hodowlach nie znaleziono, zatem cały proces ropny trzeba odnieść do *streptothrix*. *Z. Czaplicki.*

A. Kurrer. **Przyczynek do napełniania balonu.** (*Centr. f. Gyn.* 1903, Nr. 7). Jeśli chodzi o rozszerzanie ujścia, lub utrzymanej jeszcze szyjki zapomocą balona, bardzo dobrze połączyć go za pośrednictwem długiej cewki z wysoko wiszącym irygatorem. W miarę rozszerzenia się szyjki lub ujścia dopływa równomiernie do balonu woda tak, iż balon raz założony, wypada dopiero po zupełnem rozwarciu ujścia. *Dr. Grzybowski* (Kraków).

L. Wild. **Znieczulenie skopolaminowo-morfinowe.** (*Berliner klin. Wochs.* 1903, Nr. 9). Po doświadczeniach Korffa i Blosa z nowym sposobem usypiania zapomocą skopolaminy z morfiną, przystąpił W. do wypróbowania tej metody, lecz nieco odmiennie, niż sam twórca Schneiderlin, a mianowicie podwyższał, podobnie jak Blos, dawkę morfiny. Do wykonywania chirurgicznych zabiegów w tem uśpieniu brano chorych, wolnych od schorzeń serca, płuc i nerek. Liczba ich wynosi tylko 8, a mimoto ostrzega W. przed tem znieczuleniem i radzi, by mu nie ufać ślepo. W jednym przypadku pomimo dwukrotnego wstrzyknięcia nie stwierdzono ani śladu senności; operacyę musiano wykonać następnie w znieczuleniu eterowem. Dopiero po operacyi wystąpiło gwałtowne działanie morfiny, głęboki sen z torem oddechania, podobnym do Cheyne-Stokesa. Typowe zatrucie trwało kilkanaście godzin. *G. Grzybowski* (Kraków).

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Doering. **Teocyna** (*teophyllinum*), **nowy lek moczopędny.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 9). — Schlesinger. **Uwagi nad skutecznością teocyny.** (*Therapie der Gegenwart* 1903, zeszyt III). Teophylinę pierwszy raz wydzielił Kossel z liści herbaty; Traube złożył ją syntetycznie, a fabryka w Elberfeld wprowadziła w handel pod nazwą teocyny. D. wypróbował ją w 20-tu przypadkach chorób sercowych, oraz zapalenia nerek i pokazało się, że teocyna w dawkach po 0·5—0·9 dziennie działa o wiele lepiej, niż diuretyna w znacznie większych dawkach. Przytem skutek występuje już pierwszego dnia, lecz przestaje także bezpośrednio po cofnięciu tego środka i w przeciwieństwie do diuretyny traci ona na skuteczności, jeśli przez dłuższy czas była zażywaną. Lecz mimoto ogólna ilość moczu z powodu silniejszej działalności tego środka jest przecież jeszcze większą, niż gdyby stale stosowano diuretynę. Podawano dziennie 0,5—0,75 teocyny w gorącej herbacie, wodzie (2,5: 150; trzy łyżki dziennie), albo najlepiej w opłatkach. Niektórzy mężczyźni dostawali wymiotów i wtedy trzeba było zmniejszyć pojedyncze dawki do 0,15; lecz byli to chorzy, którzy z powodu znacznie upośledzonej czynności żołądkowej nie znosili i innych środków. Łaknienie nigdy nie zostało upośledzone, lecz teocyny nie należy podawać na czczo. Na ciśnienie krwi teocyna nie wpływa, drażnienia nerek również nigdy nie zauważono; przewyższa ona w działalności wszelkie dotychczas znane środki moczopędne, szczególnie i teobrominę; jednakże nie zastępuje jej zupełnie, ponieważ skutek teocyny jest mniej trwałym i po dłuższem używaniu bardzo szybko ustaje. I kofeiny nie zastępuje ona zupełnie, ponieważ na serce wcale nie działa. Jest ona szczególnie wskazana tam, gdzie idzie o szybkie usunięcie znacznej puchliny wodnej.

Schlesinger wypróbował teocynę w 40 przypadkach i chwali jej skutki moczopędne w puchlinie wodnej, powstałej z powodu zaburzeń sercowych i zapalenia nerek. Działała ona nieraz w przypadkach, w których wszelkie inne leki moczopędne były bezowocne. Mniej korzystne były jej skutki wobec wypocin opłucnowych i otrzewnowych i w dwóch przypadkach marskości wątroby. Ponieważ atoli w dwóch przypadkach po zażyciu 5 × 0·2 teocyny dziennie wystąpiły typowe napady padaczkowe u chorych, którzy nigdy przedtem, ani też po cofnięciu teocyny napadów tych nie doznawali, a u których nie stwierdzono ani choroby mózgu, lub stanu podrażnienia nerek, przerwał S. stosowanie tego leku. Zresztą i Dreser wywołał u kotów drgawki zapomocą teocyny. Dopiero zachęcony korzystnymi wynikami, jakie ogłosił Minkowski, ponowił S. swoje doświadczenia lecznicze, łącząc jednak teocynę z przetworami, działającymi przeciw drgawkom. Ponieważ atoli brom i środki odurzające wpłynęły niekorzystnie na moczenie, wybrał S. gorzykwiat, zalecony w ostatnich czasach przeciw padaczce i mógł w ten sposób wzmocnić skutek moczopędny teocyny, zmniejszając równocześnie jej właściwości drażniące. Schlesinger poleca zatem następujące przepisy: *Rp. Infus. Adonid. vernalis e 5·0 : 180·0, Theocin 0·6 (—1·0) Syr. simpl 20·0, S. Wyżyć w przeciągu 24 godzin;* albo *Herb. Adonid. vernalis dialysat Golaz 2·0 Aq. dest. 180·0 Theocin. 0·6 (—1·0) Syr. cort. Aurant. 20·0, S. na 24 godzin.* W tej formie teocyna rzadziej wywołuje bóle głowy i wymioty, a drgawek więcej nie zauważono. Teocyna jest cennym, lecz heroicznym środkiem moczopędnym, którego nie wolno przez dłuższy czas podawać, ani też powiększyć dawek, jeśli występują bóle głowy i wymioty, jako objawy zatrucia. *Dr. Fels.*

L. Ketly. **Doświadczenia kliniczne** z *rhizoma scopoliae carniolicae*. (*Therapie der Gegenwart*, Zesz. III, 1903). W r. 1897 polecił Podack korzeń rośliny *scopolia carniolica* (*verrückte Rübe*) przeciw drżączce poraźnej, widząc przypadkowo, jak wieśniak, cierpiący od 26-ciu lat na tę chorobę, zażywał codziennie tę roślinę bez najmniejszych skutków szkodliwych, lub objawów otrucia, a drżenie zawsze się zmniejszało. K. osiągnął doskonałe wyniki w dwóch przypadkach drżączki poraźnej i jednym przypadku drżenia z powodu nerwicy urazowej. Bez wszelkiej obawy podaje się raz dziennie przez dłuższy czas 0·3—0·4 *rhizoma scopoliae carniolicae* w proszku. Roślina ta zawiera hyoscyaminę i hyoscynę, względnie skopolaminę, działa jak hyoscyna, nie wywołując jednakże żadnych objawów otrucia, nawet po dłuższem zażywaniu. Drżenie już następnego dnia się zmniejsza tak, że chorzy mogą chodzić, jeść i stan ten utrzymuje się przez parę miesięcy. *Dr. J. Fels*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymujemy następującą odezwę:

Koledzy.

Walne zgromadzenie Tow. Samop. lek., odbyte dnia 21 grudnia 1902 r. uchwaliło założyć dla członków Towarzystwa t. zw. „Kasę pogrzebową“, która w myśl wniosku kol. Sękiewicza z Turki ma udzielać każdej bez wyjątku wdowie po lekarzu, członku Towarzystwa, o ile należał do Kasy pogrzebowej, z chwilą jego śmierci pewną kwotę na koszta pogrzebu. Wysokość tej kwoty zależeć będzie od liczby należących do „Kasy pogrzebowej“.

Ponieważ należenie do tej Kasy jest dowolnem, przeto Wydział Tow. Samopomocy, podając poniżej regulamin jej, zwraca się równocześnie do wszystkich P. T. kolegów, aby zechcieli jak najliczniej do niej przystąpić, gdyż Kasa zacznie funkcyonować dopiero wtedy, gdy zgłosi się przynajmniej stu członków. Zgłoszenia przysyłać należy do sekretarza Tow. Samopomocy (Dr. Laugie, Kraków, ulica Sławkowska, 31).

Regulamin „Kasy pogrzebowej“ członków Towarzystw Samopomocy lekarzy.

§. 1. Członkiem „Kasy pogrzebowej“ może być tylko członek Towarzystwa Samopomocy lekarzy.

§. 2. Celem „Kasy pogrzebowej“ jest udzielenie jednorazowego i bezzwłocznego wsparcia pozostałym po członku Kasy pogrzebowej w razie jego śmierci, względnie przeznaczenie przynależnego wsparcia na cel, określony przez zmarłego członka.

§. 3. Przystąpienie do „Kasy pogrzebowej“ odbywa się przez złożenie deklaracyi, zawierającej następujące punkta:

1. bezwzględne poddanie się przepisom niniejszego regulaminu;
2. oznaczenie osoby lub instytucyi, której w razie śmierci członka ma być wypłaconą zapomoga w wysokości oznaczonej przez §. 6 niniejszego regulaminu.

§. 4. Każdy członek „Kasy pogrzebowej“ jest obowiązany złożyć do Kasy pogrzebowej za każdem wezwaniem skarbnika tej Kasy kwotę 2 kor. 10 halerzy i to najdalej w dni 30 po wezwaniu.

§. 5. Skarbnik Kasy pogrzebowej wybierany jest przez Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy na przeciąg jednego roku administracyjnego. Skarbnikiem tym może być tylko członek „Kasy pogrzebowej“.

§. 6. W razie śmierci jednego z członków „Kasy pogrzebowej“, skarbnik tej Kasy zawiadamia kasyera Towarzystwa Samopomocy lekarzy o przypadku śmierci przy równoczesnem podaniu liczby członków „Kasy pogrzebowej“. Skarbnik Towarzystwa Samopomocy wypłaca natychmiast wskazanej przez zmarłego osobie prawnej tyle razy po 2 kor., ilu członków liczyła „Kasa pogrzebowa“ w dniu śmierci lekarza i to bez żadnego z jej strony podania lub prośby.

(*Przykład:* Dnia n/n umiera członek X; Kasa pogrzebowa liczy w dniu tym 200 członków, osoba Z. wskazana w deklaracyi, wystawionej swojego czasu przez członka X, otrzymuje natychmiast 400 koron jednorazowo bezzwrotnie). Równocześnie wysyła skarbnik „Kasy pogrzebowej“ do każdego członka zawiadomienie o śmierci kolegi z załączonym czekiem pocztowej Kasy oszczędności, przeznaczonym na przesłanie 2 kor. 10 halerzy.

§. 7. Członek „Kasy pogrzebowej“ traci wszelkie prawa do Kasy, jeżeli w przepisanym terminie nie prześle należnego udziału na ręce skarbnika.

§. 8. Udziałów uiszczonych pod żadnym warunkiem się nie zwraca.

§. 9. „Kasa pogrzebowa“ rozpoczyna swe istnienie z chwilą, gdy zgłosi się do niej przynajmniej stu członków; przestaje zaś istnieć, gdy liczba członków spadnie poniżej liczby 50-ciu, lub gdy bezwzględna większość członków zażąda jej rozwiązania.

§. 10. Członek „Kasy pogrzebowej“, występujący dobrowolnie, musi jeszcze aż do końca roku administracyjnego opłacać wszystkie udziały.

§. 11. Skarbnikowi „Kasy pogrzebowej“ przysługuje prawo ściągania w drodze sądowej udziałów od tych członków, którzy nie opłacają przypadających należytości, a nie zgłosili wystąpienia swego, albo też zgłosili je, a nie chcą płacić udziałów do końca roku administracyjnego.

Objaśnienie.

Z powyższego regulaminu wynika, że jeżeli w ciągu roku administracyjnego nie umrze żaden z członków „Kasy pogrzebowej“, wtedy nikt nic nie płaci. Ile zaś razy wypadnie zapłacić w ciągu roku po 2 kor. 10 hal., to zależy od tego, ile zajdzie w danym roku przypadków śmierci wśród członków Kasy pogrzebowej. Ciężary więc są minimalne, a za to pomoc materyalna, jaką z chwilą śmierci dostaje wdowa, czy spadkobiercy zmarłego, kiedy wydatki są największe i nie cierpiące zwłoki, staje się nadzwyczaj pożądaną. Nie jest ona żadną wyżebraną jałmużną, lecz pomocą prawnie się należącą pozostałym po koledze od kolegów.

Z Wydziału Towarzystwa Samopomocy lekarzy.

Dr. Adam Laugie, I. sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23. kwietnia.

** Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem po uczczeniu pamięci zmarłego członka ś.p. Dr. Filimowskiego i po demonstracyi okazów anatomicznych przez kolegów: Glińskiego i Ciechanowskiego, odbył się odczyt Doc. Dr. Marchlewskiego: »O wynikach najnowszych badań nad chlorofilem i barwikiem krwi«.

* W N. N. 15 i 16 »Gazette médicale de Paris« ogłosił dr. Picard krótkie życiorysy lekarzy stuletnich (Les médicins centenaires). W niewielkiej liczbie tych życiorysów, boć wiadomo, że w statystyce długowieczności lekarze zajmują ostatnie miejsce, znaleźliśmy trzy następujące nazwiska polskie:

1) Dr. Stanisław Zalewski urodził się w Warszawie 25 grudnia 1780 r. Pochodził z rodziny możnej, która w dziejach narodu polskiego często występowała na naczelne miejsce, a wreszcie spotkał ją los, któremu uległy najdzielniejsze rody polskie: wygnanie i konfiskata majątku. Dr. Zalewski poświęcał się praktyce lekarskiej w Bordeaux; koło roku 1860 zaprzestał praktykować, cofnął się w zacisze życia samotnego, skromnego, ograniczonego do jednej izby, w której dokonał żywota 1891 r. W ostatnich 20—30 latach utrzymywał się ze skromnego zasiłku, którego wygnańcom udzielał rząd francuski. Nawiedzany przez ludzi zaciekawionych, był zwykle z początku zimny i odporny, lecz raz nakierowany na drogę wspomnień, z ognistą wyobraźnią odtwarzał swą przeszłość. O Napoleonie, którego widział w Moskwie podczas przeglądu wojsk, odzywał się tak żywo i obrazowo, jakby to wczoraj było. Trzy lata, które spędził w Paryżu z rodziną podczas wielkiej rewolucyi (1790—1793), pozostawiły w jego umyśle niezatarte ślady. Opowiadał szczegółowo o wykonaniu wyroku na Ludwiku XVI, na co patrzał z za okna, ukryty w fałdy szat płaczącej swej matki. (*Progrès médical, 1891.*)

2) Dr. Seweryn Wielobycki urodził się 8 stycznia 1793 r. na Wołyniu, naturalizował się w Anglii, a stopień doktora medycyny otrzymał w Edymburgu r. 1841. Praktykował w Londynie. D. 10 stycznia 1893 roku uroczyście obchodzono stuletnią rocznicę jego urodzin (*Brit. M. J. 1893*). Zmarł, licząc 100 lat i 8 miesięcy w St. John's Wood pod Londynem (*Cosmos, 14—X, 1903 r.*).

3) Pani Józefa z Mazurkiewiczów Rostkowska, chirurg polowy, przyszła na świat d. 14 marca 1784 r. w Warszawie. Rodzina jej odgrywała wybitną rolę w historyi polskiej. Ojciec był szambelanem króla Stanisława; brat, generał inżynieryi w wojsku polskiem, należał do sztabu Napoleona I. podczas wszystkich jego wypraw. Sama pani Rostkowska odbyła wszystkie wojny polskie, prowadzone za jej życia, w charakterze chirurga polowego (*aide-chirurgien de 1. classe*), towarzysząc mężowi, który służył w stopniu kapitana adjutanta. Pani Rostkowska wzięła udział w 12 wyprawach wojennych i była dwa razy raniona na polu walki. Mając już lat 104 czuła się silną w pełni władz umysłowych. Utrzymywała się z 60 fr. miesięcznie, które jej udzielał rząd francuski; kwotę tę podwojono na wniosek ministra handlu i przemysłu, który się dowiedział o tej niezwykłej kobiecie, mężnym obrońcy niepodległości swojej ojczyzny. (*Revue scientifique, 1888*). Pani Rostkowska mieszkała od r. 1857 w Aniche (Nord) wraz z mężem, który zmarł r. 1881, licząc lat 82. W dniu śmierci (18—VIII 1896) Pani R. liczyła 112 lat życia. Dr. Dureau z Aniche zebrał jeszcze parę szczegółów z życia tej dzielnej kobiety; zapał do wojaczki nieopuszczał jej nigdy pod tą lub inną formą: w latach 1813—1814 była kantyniarką, a musiała mieć i na tem stanowisku zasługi, skoro odznaczono ją medalem św. Heleny. Za swe bohaterskie czyny w wojnie polskiej 1831 r. otrzymała

krzyż *virtuti militari;* podczas wojny krymskiej była infirmierką w szpitalach francuskich. Pić miała bardzo mało, lecz za to nałogowo paliła.

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekar. Uniw. lwowskiego, nadającą Dr. Adamowi Bednarskiemu *veniam legendi* z zakresu okulistyki.

* Wydział krajowy mianował Dr. Romana Merunowicza sekundaryuszem szpitala powszechnego we Lwowie.

* Stopień doktora wszech nauk lekar. w Uniw. Jag. otrzymał Cezary Komorowski.

* Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się dnia 28 kwietnia, o godzinie 5 po południu.

* Przyjaciele zmarłego przed rokiem Dr. Wład. Florkiewicza uwiecznili pamięć tego zasłużonego lekarza i wielkich cnót obywatela wmurowaniem pamiątkowej tablicy w kościele św. Piotra i Pawła w Warszawie.

* Nieprzyjęte honoraryum w kwocie 10 zł. r przesłał Dr. Harajewicz do galicyjskiej Kasy zapomóg dla wdów i sierot po lekarzach.

* Rządy europejskie zamierzają zwołać międzynarodową Konferencyę sanitarną w celu uzupełnienia dotychczasowych przepisów. Najprawdopodobniej Konferencya zbierze się w Konstantynopolu.

* Międzynarodowy, świeżo zamknięty, Kongres przeciwalkoholiczny w Bremie budził powszechne zainteresowanie lekarzy i rządów. Przybyło przeszło 1000 członków. Następny odbędzie się r 1905 w Peszcie.

* Międzynarodowy Kongres higieny i demografii odbędzie się w Brukseli od 2 do 8 września b. r

* Tegoroczny wędrowny Kongres południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich odbędzie się 23 i 24 maja w Baden-Baden.

* Między 1 a 7 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeskim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), czortowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (2 g.), husiatyńskim (1 g.), jarosławskim (1 g.), jaworowskim (4 g.), kamioneckim (1 g.), myślenickim (4 g.), nadworniańskim (2 g.), przemyskim (2 g.), przemyślańskim (1 g.), ropczyckim (1 g.), samborskim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (3 g.), stryjskim (2 g.), trembowelskim (1 g.), wadowickim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa Tydzień XIII (29—III—4—IV). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 11, urodziło się dzieci 62, zmarło osób 60, mianowicie: z gruźlicy 17 (10 zam.), z zapalenia płuc 8 (3 zam.), z błonicy 1, z krzuśca 1, z płonicy 1, z duru brzusznego 1.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Cunningham mian. prof. anatomii w Edymburgu. Dr. Bézy — prof. pedyatryi w Tuluzie.

Nekrologia. Zmarli: prof. chirurgii Colzi we Florencyi. Dr. Wasiljew, kierownik lekarskiej kliniki — w Dorpacie. Dr. Borgono, prof. chirurgii — w Santjago. Dr. Bumm, prof. psychiatryi — w Monachium.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 15. Saks: O śródmacicznem stosowaniu balonów gumowych w położnictwie. Dzierzgowski: Przyczynek do kwestyi powstawania antytoksyny błoniczej w zwykłych warunkach życia zwierząt i przy sztucznem uodpornianiu ich (dok.). Krokiewicz. Przyczynek do nauki »o niedokrwistości złośliwej, postępowej. samoistnej« (dok.).

— *Medycyna* Nr. 15. A. Zawadzki: Trzy przypadki wycięcia zwoju Gassera przy nerwobolu nerwu trójdzielnego. Mintz: O leczeniu kamicy żółciowej (c. d.). Wroński: Kilka uwag w sprawie sanatoryów, z powodu artykułu Dr. Biernackiego.

— *Kronika lekarska* Nr. 7. Grudziński: O rozpoznaniu różniczkowem między padaczką a histeryą.

Liečnički Viestnik Nr. 4. Čačković: O hernijama kod abnormalnoga položaja muda. Durst: Ruptura arteriae meningeae mediae dextrae: haematoma extradurale. Trepanatio. Sanatio.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 15. Cisler: K pathologii laryngealních poruch u paralysis agitans. Samberger: Vzácny příznak otravy arsenové. Merhaut: O výživě nemluvňat' škrobovinami vůbec a moučkami dětskými zvláště. Thomayer: Podlitiny krevní při záchvatu epileptickém. Chalupecký: Několik novějších prací o příčině a přenosnosti trachomu.

— *La Presse medicale* Nr. 29. Lavarenne: Terapia fizyczna. Instytut francuski w Argelès. Zimmern: Leczenie rwy nerwu trójdzielnego.

— Nr. 30 Morestin: Leczenie estetyczne przepuklin pachwinowych u kobiety. Bruandet: Nacieczenie nabłonkowe — doświadczalne.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15. Pel: Osobliwy szmer naczyniowy w płucach. Pels — Leusden: Ezofagotomia, oraz przyczynek do leczenia ropówki około przełykowej. Landau: O obojnakach. Salzwedel: Zadania lekarzy w zreformowaniu opieki nad chorymi (c. d.). Sukiennikow: Anatomia topograficzna tchawiczych i oskrzelowych gruczołów chłonnych (c. d.). Pinkus: Zachowawcze, nieoperacyjne leczenie chorób kobiecych (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 15. Loewy i Müller: Przyczynek do poznania znieczulającej własności »yohimbiny«. Linser: Wiąd rdzenia w wieku młodzieńczym i jego stosunek do kiły dziedzicznej. Hasebroek: Objawy i leczenie kurczowego skrzywienia szyi. Kronenberg: Leczenie gruźlicy krtani. Juliusberg: Kilaki w miejscu wstrzykiwania przetworów rtęciowych. Polverini: Leczenie surowicze moru dymieniczego. Tillmann: Przypadek gorączki histerycznej. Lieblein: Niezwykła ruchawość pęcherzyka żółciowego, wypełnionego kamieniami. Machold: Osobliwy przypadek odry. Heilbronner: Usuwanie opieki nad paranoikami.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 16. Stenitzer: Wczesne rozpoznawanie zapalenia opłucnej przeponowej. Schardinger: O dopuszczalnem utrzymywaniu w ciepłym stanie pokarmów zapomocą przyrządów utrzymujących ciepło, t. zw. termofów. Langer: Wsteczne uwięźnienie jelit. Roeder: Wprowadzenie plastycznych modeli, jako środka klinicznie nauczającego w wykładach o chorobach żołądka i jelit.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 16. Valentini: Systematyczne przeciwgorączkowe leczenie duru brzusznego piramidonem. Grossman: Wpływ picia wód mineralnych na osmotyczne ciśnienie ludzkiej krwi. Kohnstamm: Droga odruchowa zaziębienia i w ogóle bodźców termicznych. Schmidt: Działanie śródżylnych wstrzykiwań kolargolu w schorzeniach posoczniczych (dok.). Eppinger. Toksyczna myoliza serca w błonicy (dok.).

Redakcya otrzymała. Piasecki: 1) Consideratium statistice siclinice asupra 1108 casuri de sifilis observate de la 1889—1900. 2) Colectiune supurata a ficatului, deschisa in bronse incisie transpleurala, vindecare. 3) Cate—va cuvinte asupra tratamentolui vulvovaginitelor infantile.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 29 kwietnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Bier mówić będzie: „O najnowszych sposobach oczyszczania wody kanałowej ze szczególnem uwzględnieniem metod biologicznych“. (Z demonstracyą).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 751. **Konkurs.**

Wydział Rady powiatowej w Żydaczowie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Nowemsiole** z płacą roczną 1.000 Kor. i ryczałtem na podróże służbowe 600 Kor. rocznie.

Okręg sanitarny w Nowymsiole obejmuje gminy: Nowesioło, Obłażnica, Żyrawa, Izydorówka, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Ruda, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówka, Lubsza i Smuchów, z ludnością 13.471 dusz.

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywać aptekę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać mają: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora wszech nauk lekarskich uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej; 3) nieskazitelny charakter; 4) znajomość języków krajowych; 5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu lekarskiego, lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Żydaczowie najdalej do dnia **31 maja 1903.**

Żydaczów, 31 marca 1903.